



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E O MODELO DE
ORIENTAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A
PACIENTES COM MULTIMORBILIDADE NUMA UNIDADE
DE SAÚDE FAMILIAR EM LISBOA: UMA PERSPETIVA
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mariana Barbosa dos Santos

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA E
DESENVOLVIMENTO**

ABRIL, 2020



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E O MODELO DE
ORIENTAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A
PACIENTES COM MULTIMORBILIDADE NUMA UNIDADE
DE SAÚDE FAMILIAR EM LISBOA: UMA PERSPETIVA
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Autor: Mariana Barbosa dos Santos

Orientador: Professor Doutor Luís Velez Lapão

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública e Desenvolvimento

Elementos Bibliográficos resultantes da Dissertação

Santos MB, Antunes C, Berardinelli A, Pedrosa V, Mallen J, Maia MR, *et al.* Potenciando a Integração de Cuidados Primários com Serviços Digitais em pacientes com Multimorbilidade Crónica [Aceite para apresentação na I Conferência de Integração de Cuidados da Universidade NOVA de Lisboa; Lisboa, Portugal]

“PrimaryCare@COVID-19: Digital Platform for Supporting Chronic Patients and COVID-19 consultations and Monitoring in Primary Care” – Mariana dos Santos, Vasco Pedrosa, Mélanie Maia, Jorge Seixas, Jorge Correia, Miguel Mira da Silva, Bruno Heleno, Luís Velez Lapão [Projeto aceite pela Fundação de Ciência e Tecnologia para apoio especial no âmbito do RESEARCH4COVID 19]

Dedicatória

Dedico este trabalho, que representa não apenas estas páginas, mas anos de trabalho e esforço, aos meus pais, aos meus avós e à minha irmã. Sem o apoio incondicional e a confiança depositada em mim e nas minhas capacidades, não conseguiria completar esta etapa da minha vida.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, apresento os meus sinceros agradecimentos ao Professor Doutor Luís Velez Lapão pela orientação e acompanhamento prestados na realização do presente trabalho e de todos os elementos deles resultantes, e por ter confiado em mim para a realização dos mesmos.

Agradeço ainda a todos os profissionais de saúde da USF Jardim dos Plátanos, pela total disponibilidade e simpatia manifestados durante todo o processo de investigação sem a qual o presente trabalho não teria sido possível.

A toda a equipa do Projecto METHIS, coordenada pelo Prof. Doutor Luís Velez Lapão, um muito obrigada.

Ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical, aos seus professores com que me cruzei e aos meus colegas de turma por me terem ensinado e preparado para a realização desta etapa da minha vida académica.

Um agradecimento especial à Dr.^a Sofia von Humboldt pelo acompanhamento prestado ao longo destes últimos anos e em especial nesta última fase.

À minha família e ao meu namorado que sempre acreditaram e me auxiliaram incondicionalmente.

Aos meus amigos Sofia Covas, Carolina Cunha, Daniel Pestana e Cândida Cardoso por todo o apoio dado em todas as alturas e situações.

Resumo

A investigação em Saúde Pública tem-se tornado cada vez mais relevante na produção de conhecimento e o processo de tomada de decisão com base na evidência é cada vez mais valorizado (1,2). A melhoria das políticas de Saúde Pública aliada ao avanço tecnológico, levaram a uma transição epidemiológica e demográfica, alterando os padrões de doença e de causas de mortalidade: o controlo das doenças comunicáveis e a proporção entre doenças crónicas e multimorbilidade tem vindo a aumentar (3–5).

Introdução

A multimorbilidade está frequentemente associada a um quadro de duas, ou mais, doenças crónicas, e é caracterizada pela dificuldade no controlo de sintomas adversos à medicação, infeções constantes, prescrição inadequada e diagnóstico tardio, entre outras (6) (7). A população idosa em Portugal tem, em média, cerca de 3,3 doenças crónicas e a prevalência de multimorbilidade na população com mais de 65 anos é de 78,3% (8,9).

O “*Goal-Oriented Care*”, ou GOC, é uma abordagem centrada no paciente e representa uma alteração de uma gestão vertical da doença, para uma gestão horizontal nos cuidados primários (10). É necessária a reorganização de cada Unidade de Saúde, tendo em conta a prestação dos cuidados específicos, com adoção de novas estratégias de centralização e capacitação do próprio paciente com doenças crónicas complexas (11).

O cuidado a pacientes inclui um conjunto de atividades interligadas e orientadas para o processo de decisão (12). Assim, o objetivo principal dos Sistemas de Informação Clínica (SIC) é prestar auxílio aos profissionais de saúde no processo de decisão e ser orientado e adequado ao mesmo (12).

Objetivos

Esta investigação foi realizada com o intuito de conhecer a perceção dos profissionais de saúde da USF Jardim dos Plátanos acerca da utilização do SIC e da adoção do Modelo do GOC em pacientes com multimorbilidade. Mais especificamente:

descrever a experiência geral dos profissionais de saúde da USF JdP, tendo em conta o modelo de orientação atualmente adotado, bem como os sentimentos e dificuldades associadas ao tratamento de pacientes com multimorbilidade; **descrever** os problemas encontrados pelos profissionais de saúde na utilização do SIC atual; **aferir** o conhecimento dos profissionais de saúde da USF JdP acerca do Modelo do GOC, tendo em conta a sua existência, prática e utilidade na gestão da terapêutica em pacientes com multimorbilidade; **explorar** os fatores facilitadores e as barreiras, percecionados pelos profissionais de saúde, à alteração de um SIC com base no Modelo do GOC; e verificar quais os requisitos e/ou necessidades, percecionados pelos profissionais de saúde, para a criação de um “novo” SIC mais adequado à sua utilização.

Métodos

Para a concretização dos objetivos propostos desenvolveu-se um estudo fenomenológico, de abordagem qualitativa, com recurso a entrevistas semiestruturadas e um grupo focal aos médicos de família e enfermeiros, da USF Jardim dos Plátanos.

A amostra incluiu a participação nas entrevistas de 7 profissionais, por escolha própria e de forma voluntária, dos quais 5 são médicos de família e 2 são enfermeiros. Já no grupo focal houve a participação de 14 profissionais de saúde, onde se incluíam 8 médicos de família, 5 médicos internos de Medicina Geral e Familiar e 1 enfermeira.

Com auxílio de um software de transcrição (*MaxQDA Standard 18 Student*), todo o conteúdo das entrevistas foi transcrito (*verbatim* inteligente) e o seu conteúdo foi analisado através de uma análise temática e categorial.

Resultados

Após a realização, transcrição e análise dos dados obtidos, foi possível identificar **5 categorias principais**: a experiência em geral; a utilização do SIC; o Modelo do GOC; os facilitadores e barreiras à alteração para o Modelo do GOC; a interação com os doentes crónicos, e os requisitos e necessidades funcionais de um novo SIC.

Discussão

Durante a investigação foram identificadas algumas fragilidades, consequências e efeitos que prejudicam o tratamento de pacientes com multimorbilidade. Apesar de não serem referidas como tal, foi possível identificar que todas as dificuldades percebidas na USF JdP se podem remeter há existência de uma fragilidade no processo de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, que um SIC, suportado pelo *Design Science Research Methodology*, pode ajudar a mitigar.

Conclusões

Com a evolução do perfil epidemiológico e das tecnologias, houve a necessidade de integrar a utilização de TIS na prestação de cuidados (13). Estas tecnologias não têm como objetivo substituir o profissional de saúde, mas sim auxiliar e melhorar a qualidade do serviço prestado ao nível da gestão da informação, havendo uma necessidade constante de adaptação das TIS utilizadas de acordo com a prática clínica mais adequada (13) e de acordo com a especialidade a ser aplicada (14).

O presente trabalho ultrapassou as expectativas iniciais, pois, para além de cumprir os objetivos previamente definidos, permitiu identificar e analisar a localização das fragilidades, nomeadamente a importância dos processos da transmissão de informação e da relação entre o profissional de saúde e o paciente com multimorbilidade na gestão terapêutica. A transmissão de informação em saúde que recorra a um SIC caracteriza-se pela qualidade da informação e a qualidade do sistema (15), pelo que a adoção de um SIC com base no Modelo do GOC proporcionará uma redução no impacto das falhas identificadas. Assim, pode-se considerar que os objetivos previamente definidos foram integralmente atingidos, permitindo a continuação do Projeto METHIS nesta USF com uma definição do problema e dos objetivos mais concretos e enquadrados com a realidade, tendo sido aprofundados com a escolha da metodologia qualitativa.

Palavras-Chave: Multimorbilidade; *Goal-Oriented Care*; Sistemas de Informação Clínica; Sistemas de Saúde Digitais; Recursos Humanos em Saúde

Abstract

Public health research has become increasingly relevant in the production of knowledge and the evidence-based decision-making process is increasingly valued (1,2). The improvement of public health policies combined with technological advancement, led to an epidemiological and demographic transition, changing the patterns of disease and causes of mortality: the control of communicable diseases and the proportion between chronic diseases and multimorbidity has been increasing (3 –5).

Introduction

Multimorbidity is often associated with two or more chronic diseases and is characterized by difficulty in controlling adverse symptoms to the medication, constant infections, inadequate prescription and late diagnosis, among others (6) (7). The elderly population in Portugal has, on average, about 3.3 chronic diseases and the prevalence of multimorbidity in the population over 65 years of age is 78.3% (8.9).

Goal-Oriented Care, or GOC, is a patient-centered approach and represents a shift from vertical disease management to horizontal management in primary care (10). It is necessary to reorganize each Health Unit, considering the provision of specific care, with the adoption of new strategies for centralization and training of the patient with complex chronic diseases (11).

Patient care includes a set of interconnected activities and oriented towards the decision process (12). Thus, the main objective of Clinical Information Systems (CIS) is to aid health professionals in the decision-making process and to be guided and appropriate to it (12).

Objectives

This investigation was carried out in order to understand the perception of health professionals at the USF Jardim dos Plátanos (USF JdP) about the use of SIC and the adoption of the GOC Model in patients with multimorbidity. More specifically: **describe** the general experience of health professionals at USF JdP, taking into account the guidance model currently adopted, as well as the feelings and difficulties associated

with the treatment of patients with multimorbidity; **describe** the problems encountered by health professionals in the use of the current CIS; to **measure** the knowledge of USF JdP health professionals about the GOC Model, taking into account its existence, practice and usefulness in the management of therapy in patients with multimorbidity; **explore** the facilitating factors and barriers, perceived by health professionals, to the alteration of a SCI based on the GOC Model; and check which requirements and / or needs are perceived by health professionals, in order to create a “new” CIS that is more suitable for its use.

Methods

To achieve the proposed objectives, a phenomenological study was developed, with a qualitative approach, using semi-structured interviews and a focus group to family doctors and nurses from the USF Jardim dos Plátanos.

The sample included the participation in the interviews of 7 professionals, by their own choice and on a voluntary basis, of which 5 are family doctors and 2 are nurses. In the focus group, there was the participation of 14 health professionals, which included 8 family doctors, 5 interns of General and Family Medicine and 1 nurse.

With the aid of transcription software (*MaxQDA Standard 18 Student*), the entire content of the interviews was transcribed (intelligent *verbatim*) and its content was analysed through a thematic and categorical analysis.

Results

After carrying out, transcribing and analysing the data obtained, it was possible to identify 5 main categories: experience in general; the use of the SIC; the GOC Model; facilitators and barriers to changing to the GOC Model; the interaction with the chronically ill, and the requirements and functional needs of a new CIS.

Discussion

During the investigation, some weaknesses, consequences and effects were identified that impair the treatment of patients with multimorbidity. Despite not being mentioned as such, it was possible to identify that all difficulties perceived in the USF

JdP can be referred to there is a weakness in the communication process between the health professional and the patient, that a SIC, supported by the *Design Science Research Methodology*, can help mitigate.

Conclusions

With the evolution of the epidemiological profile and technologies, there was a need to integrate the use of TIS in the provision of care (13). These technologies are not intended to replace the health professional, but rather to assist and improve the quality of the service provided in terms of information management, with a constant need to adapt the TIS used in accordance with the most appropriate clinical practice (13) and according to the specialty to be applied (14).

The present work surpassed the initial expectations, because, in addition to fulfilling the previously defined objectives, it allowed to identify and analyse the location of the weaknesses, namely the importance of the processes of information transmission and the relationship between the health professional and the patient with multimorbidity in therapeutic management. The transmission of health information using a SCI is characterized by the quality of the information and the quality of the system (15), so the adoption of a SCI based on the GOC Model will provide a reduction in the impact of the identified failures. Thus, it can be considered that the previously defined objectives were fully achieved, allowing the continuation of the METHIS Project in this USF with a definition of the problem and the most concrete objectives and framed with reality, having been further developed with the choice of qualitative methodology.

Key-Words: Multimorbidity; *Goal-Oriented Care*; Clinical Information Systems; Health Digital Systems; Health Human Resources

ÍNDICE

ELEMENTOS BIBLIOGRÁFICOS RESULTANTES DA DISSERTAÇÃO	I
DEDICATÓRIA	II
AGRADECIMENTOS.....	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	XIV
ÍNDICE DE TABELAS	XV
ÍNDICE DE QUADROS	XVI
LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS.....	XVII
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 DOMÍNIO E FOCO DA INVESTIGAÇÃO	2
1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	3
1.2.1. Doença Crónica em Portugal	3
1.2.2. Desadequação ao Perfil de Doença	4
1.2.3. Desadequação ao Desenvolvimento Tecnológico	4
1.3 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	5
1.3.1. Tema de Investigação	5
1.3.2. Questão de Investigação	5
1.3.3. Objetivos de Investigação.....	6
1.3.3.1. <i>Objetivos Gerais</i>	6
1.3.3.2. <i>Objetivos Específicos</i>	7
1.4 CAMPO/LOCAL DA INVESTIGAÇÃO.....	7
1.5 PERTINÊNCIA DA INVESTIGAÇÃO.....	9
1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	9
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
2.1 MULTIMORBILIDADE.....	11

2.2 “GOAL-ORIENTED CARE”	14
2.2.1. Estabelecimento de Objetivos	15
2.2.2. Alteração de Comportamento	15
2.3 INTEGRAÇÃO COM OS CSP	16
2.4 TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	16
2.5. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	17
2.5.1. Sistemas de Informação Clínica	17
2.5.2. Abordagem e Orientação	19
2.5.3. Potencialidades na Otimização de Processos	19
2.6. METHIS	20
3. MATERIAL E MÉTODOS	21
3.1 DESENHO DO ESTUDO	21
3.1.1. Abordagem Metodológica	21
3.1.2. Tipo de Método	21
3.1.3. Tipo de Estudo	22
3.2 AMOSTRA E PROCESSAMENTO DE AMOSTRAGEM	23
3.2.1. População	23
3.2.2. Participantes	23
3.2.3. Seleção e Recrutamento	23
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	24
3.3.1. Recolha de Dados	24
3.3.2. Instrumentos	25
3.4. TÉCNICAS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	26
3.4.1. Tratamento de Dados	26
3.4.2. Análise de Conteúdo	27
3.4.2.1. Constituição do Corpus da Análise	28
3.4.2.2. Definição de Unidades de Análise (Unidades de Registo e Unidades de Contexto)	28
3.4.2.3. Definição de Categorias	28
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	29
3.5.1. Proteção de Dados	29
3.5.2. Consentimento Informado	30

3.5.3. Comité de Ética	30
4. RESULTADOS.....	31
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	31
4.2. RESULTADOS DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	31
4.2.1. Experiência em Geral	33
4.2.2. Utilização dos Sistemas de Informação de Clínica	45
4.2.3. Modelo do GOC	51
4.2.4. Fatores facilitadores e/ou barreiras à alteração para o Modelo do GOC..	54
4.2.5. Requisitos e necessidades de um novo SIC.....	57
4.3. RESULTADOS DE ANÁLISE DO GRUPO FOCAL.....	59
4.3.1. Acesso à Informação Clínica.....	60
4.3.2. Literacia em Saúde	60
4.3.3. Processo de Gestão da Terapêutica	61
4.3.4. Adesão à Terapêutica por parte do Paciente.....	61
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	63
5.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	63
5.1.1. Processo de Transmissão da Informação.....	64
5.1.2. Relação entre profissional-paciente com multimorbilidade	65
5.1.3. Experiência Geral no Tratamento de Pacientes com Multimorbilidade...	67
5.1.3.1. <i>Modelo de Orientação atual no Tratamento de Pacientes com Multimorbilidade</i>	67
5.1.3.2. <i>Sentimentos associados ao Tratamento de Pacientes com Multimorbilidade</i>	68
5.1.3.3. <i>Dificuldades percecionadas no Tratamento de Pacientes com Multimorbilidade</i>	70
5.1.4. Falhas na utilização do SIC atual	70
5.1.4.1. <i>Articulação e Integração da Informação</i>	71
5.1.4.2. <i>Perda de Informação</i>	72
5.1.4.3. <i>Acesso à Informação</i>	73
5.1.4.4. <i>Padronização de Funcionalidades</i>	73
5.1.5. Modelo do GOC	74

5.1.6. Facilitadores e/ou Barreiras para a adoção um SIC com base no Modelo do GOC.....	75
5.1.6.1. <i>Facilitadores</i>	75
5.1.6.2. <i>Barreiras</i>	79
5.1.6.1. <i>Predisposição para a alteração por parte dos profissionais de saúde</i>	79
5.1.7. Requisitos e/ou Necessidades para a criação de um “novo” SIC	81
5.1.7.1. <i>Requisitos</i>	81
5.1.7.2. <i>Necessidades</i>	82
5.2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	83
5.3. PERSPETIVAS FUTURAS	84
5.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
7. ANEXOS	120
ANEXO 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE	120
ANEXO 2 – GUIÃO PARA O GRUPO FOCAL AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	123
ANEXO 3 - FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE	125

Índice de Figuras

FIGURA 1 – ETAPAS DO <i>DESIGN SCIENCE RESEARCH METHODOLOGY</i> DO PROJETO “METHIS” (EDITADA DE (123))	6
FIGURA 2 – PROPOSTA PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES DE UMA ESTRUTURA INTEGRADA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MULTIMORBILIDADE E O COMPROMETIMENTO FUNCIONAL.....	11
FIGURA 3 - QUADRO COM OS PROBLEMAS ASSOCIADOS À INTERAÇÃO FARMACOLÓGICA E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS NA FUNÇÃO FÍSICA E COGNITIVA.....	12
FIGURA 4 - DIAGRAMA DE INDICAÇÃO DE NECESSIDADE DE UMA ABORDAGEM DE CUIDADOS ESPECÍFICA PARA A MULTIMORBILIDADE (ADAPTADO DE (88)).....	13
FIGURA 5 - PROCESSO DE TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO PARA A GESTÃO TERAPÊUTICA DE UM PACIENTE COM MULTIMORBILIDADE NA USF JDP	65
FIGURA 6 – PROPOSTA DE OTIMIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO PARA A GESTÃO TERAPÊUTICA DE UM PACIENTE COM MULTIMORBILIDADE NA USF JARDIM DOS PLÁTANOS	81

Índice de Tabelas

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES INSCRITOS, EM 2017, NA USF JARDIM DOS PLÁTANOS POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO.....	8
TABELA 2 – DIFERENÇAS ENTRE O MODELO DE ORIENTAÇÃO ATUAL E O GOC, TENDO EM CONTA O FOCO, OS EFEITOS O Nº DE ESPECIALISTAS ENVOLVIDOS E A ABORDAGEM PATOLÓGICA.....	14

Índice de Quadros

QUADRO 1 – CATEGORIAS DE ANÁLISE **ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.**

QUADRO 2 – DIAGRAMA DAS FALHAS, CONSEQUÊNCIAS E EFEITOS ENCONTRADOS NO
PROCESSO DE TRATAMENTO DE PACIENTES COM MULTIMORBILIDADE, NA PERSPETIVA
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA USF JdP 63

Lista de Abreviaturas/Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ARS-LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CCM – *Chronic Care Model*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DSRM – Design Science Research Methodology

E – Enfermeiro

GOC – *Goal-Oriented Care*

IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical

M – Médico

MGF – Medicina Geral e Familiar

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

P – Paciente

PEM – Prescrição Eletrónica de Medicamentos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SI – Sistema(s) de Informação

SIC – Sistema(s) de Informação Clínica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Lista de Abreviaturas/Siglas

SOAP – Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIS – Tecnologias de Informação em Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF JdP – Unidade de Saúde Familiar Jardim dos Plátanos

USP – Unidade de Saúde Pública

1. Introdução

O conceito de Saúde Pública é evolutivo e dinâmico, e tem vindo a ser adaptado de acordo com as mais recentes definições de “saúde”, “*promoção de saúde*”, entre outras (16). Como tal, o atual conceito de saúde pública engloba, não só a prevenção da doença, mas também o bem-estar e a qualidade de vida, influenciados por fatores sociais, económicos, políticos e ambientais (16–19), com o objetivo de reduzir iniquidades em saúde (16). Na prática, a saúde pública pode ser conceptualizada de acordo com os seguintes domínios: proteção da saúde (prevenir a doença), melhoria da saúde (qualidade de vida e bem-estar) e qualidade do serviço de saúde (acesso e qualidade dos serviços) (20).

Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu a Agenda 2030, constituída por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), onde se enquadravam diferentes dimensões do desenvolvimento (social, económica, ambiental, justiça, e paz, entre outras), tendo em vista à escala global, a criação de um modelo que promovesse, a eliminação da pobreza, o bem-estar e ainda a proteção do ambiente (21). O terceiro objetivo aponta para a necessidade de, até 2030, “*ser garantido o acesso à saúde de qualidade e a promoção do bem-estar para todos, em todas as idades*” (22,23).

Também em 2013, foi publicado o relatório “*Global Health 2035*”, o qual estabelece como meta o ano de 2035 para se atingir a convergência da saúde global (24). Neste documento, foi ainda evidenciada a importância do aumento de cobertura de acesso à saúde bem como a necessidade de um maior investimento em investigação e desenvolvimento no que respeita às novas tecnologias (incluindo produtos, procedimentos, políticas de saúde e de estratégias) (24–28). Com efeito, a investigação em Saúde Pública tem-se tornado cada vez mais relevante na produção de conhecimento, que é posto em prática pelos profissionais de saúde (29) e como parte da solução para atingir esta convergência global (30). A tomada de decisão com base na evidência é um processo cada vez mais valorizado (1,2), fomentando uma necessidade mais profunda de ligação entre a investigação e os profissionais de saúde (31).

A evolução da tecnologia digital, para além de ter permitido um avanço considerável que transcende todos os ODS, desempenhando um papel crucial no desenvolvimento humano (32). Tendo em conta o terceiro objetivo, a inovação tecnológica permitiu diversas melhorias substanciais destacando-se entre outras, a cobertura do acesso a cuidados e informação de saúde, a promoção de alterações no estilo de vida, a monitorização do contexto “sócio ambiental” e ainda, um contacto mais profundo entre pessoas com uma condição patológica semelhante (32,33).

1.1 Domínio e Foco da Investigação

A melhoria das políticas de Saúde Pública aliada ao avanço tecnológico, levaram a uma transição epidemiológica e demográfica, alterando os padrões de doença e de causas de mortalidade: o controlo das doenças comunicáveis e a proporção entre doenças crónicas e multimorbilidade tem vindo a aumentar (3–5). Esta evolução, evidenciou ainda a perceção de características específicas das patologias a respostas terapêuticas em indivíduos e grupos populacionais (34,35), surgindo assim o conceito de medicina personalizada, ou medicina de precisão, para prestar um cuidado individualizado (35).

A medicina personalizada é utilizada para referências a terapêuticas desenvolvidas tendo em conta características específicas do paciente (biomarcadores, preferências, fatores económicos e sociais) (36). É considerada como uma estratégia para tratar, monitorizar e prevenir patologias, enquadrando o contexto bioquímico, psicológico, ambiental e comportamental do indivíduo (37).

Hoje em dia, os Sistemas de Saúde estão focados nos cuidados de episódios agudos e enfrentam o desafio de estarem desadequados ao perfil da doença (38). É necessária assim, uma clara reorientação no que respeita à gestão das doenças crónicas (39). Há 30 anos, para melhorar a qualidade de vida dos pacientes (40), foi desenvolvido um Modelo de Cuidados para as Patologias Crónicas, designado “*Chronic Care Model*” (CCM), particularmente para ser aplicado nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (41). Este modelo inclui uma operacionalização entre o contexto individual, comunitário, organizacional e do sistema de saúde (42), visando proporcionar uma melhor qualidade na gestão da doença crónica (40,43,44). É utilizado

como base para o desenvolvimento de inúmeras abordagens de orientação para a melhoria da gestão da terapêutica da doença crónica, mais especificamente nos CSP, como o “*Patient-Centered Medical Home*”, o “*The Ten Building Blocks of High-Performing Primary Care*” e o “*Goal-Oriented Care*”(GOC) (45–47).

A gestão de patologias crónicas a nível dos CSP é fulcral na prevenção e no tratamento de condições crónicas, e a eficácia do CCM é suportada pela sustentabilidade proveniente da continuidade, coordenação e compreensão existente nos CSP (48).

Com base na medicina personalizada, foram desenvolvidas ferramentas digitais para os profissionais de saúde, com o intuito de recolher dados e fornecer conselhos, opiniões, imagens e rede de contacto com os pacientes (49–51). Embora os estudos relacionados com a utilização de tecnologias nos CSP sejam escassos, a comunidade académica vem a demonstrar um interesse cada vez mais maior (52).

1.2 Formulação do Problema

1.2.1. Doença Crónica em Portugal

Nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) a esperança média de vida de um indivíduo que nasça hoje, ronda os 81 anos, verificando-se que cerca de um terço dos adultos sofre de 2 ou mais doenças crónicas (53).

Em Portugal, a média de doenças crónicas na população idosa ronda as 3,3, podendo considerar-se um problema comum a prevalência de multimorbilidade que, segundo estudos realizados se traduz em 38,8%, sendo especialmente gravosa na população com mais de 65 anos, cuja prevalência ronda os 78,3% (8,9). Em Portugal, um paciente com multimorbilidade pode usufruir dos Serviços de Saúde cerca de 3,5 vezes mais do que um paciente sem condições crónicas (54). Em 2016, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) despendeu cerca de 106 milhões de euros em cuidados continuados (correspondendo a 1,2% dos gastos totais), e 3,4 milhões de euros apenas em custos operacionais com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) (55).

1.2.2. Desadequação ao Perfil de Doença

A literatura atual, evidencia a importância da implementação do CCM nos CSP (56). Em Portugal, a prestação de cuidados de saúde deverá focar-se na melhoria da qualidade de vida dos idosos, da comunidade e dos cuidados domiciliários (11).

Uma das recomendações do relatório do Conselho Nacional de Saúde consiste em que a organização da oferta de cuidados seja adequada ao perfil epidemiológico da população, bem como da sua evolução demográfica, através de maior investimento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (55), com uma melhoria na prestação de cuidados a pacientes com qualquer tipo de dependência funcional (57). Após a crise financeira de 2011, foram desenvolvidas uma série de medidas e estratégias para expandir a descentralização do SNS, recorrendo à criação de uma rede de Unidades de Saúde especializadas de suporte familiar (USF), personalizado (UCSP), comunitário (UCC), de saúde pública (USP) e de recursos assistenciais partilhados (URAP) (58), tendo em vista a criação de equipas autónomas e multidisciplinares nos CSP de forma a ser otimizada a prestação de cuidados (11).

Apesar das medidas e estratégias implementadas, verifica-se uma falha recorrente na fase de implementação, com consequências na carência de divulgação dos resultados pretendidos (11). Torna-se assim necessária a reorganização de cada Unidade de Saúde especializada, por forma a que a prestação dos cuidados específicos, adote novas estratégias de centralização incluindo a capacitação do próprio paciente com doenças crónicas complexas (11).

1.2.3. Desadequação ao Desenvolvimento Tecnológico

A monitorização, regulação e contínua adaptação da gestão das terapêuticas e patologias complexas são fundamentais face ao desenvolvimento exponencial das tecnologias, do perfil demográfico, etário e de doença das populações (59–61). No Relatório “*Health System Review - Portugal*”, publicado em 2018 pela OMS, é descrito como o impacto da inovação nos processos de saúde, recorrendo à tecnologia da informação, pode ser ainda mais incentivado pela definição de objetivos explícitos de desenvolvimento de qualidade e de integração dos cuidados (11).

A tecnologia embora se caracterize como uma fonte de potencial, é globalmente aceite tratar-se de uma fonte de produção de iniquidades sociais e de saúde (62–71) sendo apontadas diversas razões entre as quais se destacam: a utilização ineficiente devido à formação limitada dos utilizadores (profissionais e pacientes) (72); reduzida implementação devido a falta de sustentabilidade, adaptação e generalização (60); má gestão de aquisição por parte das instituições e/ou organizações (59,73); e falha, comum e global, na capacidade de análise de toda a informação recolhida, desperdiçando-se grande parte do potencial gerado pelo seu desenvolvimento (33,74).

Com efeito, o rápido desenvolvimento e evolução das tecnologias de inovação introduz sérias implicações na saúde, tema que necessita de ser melhor estudado (64–66,75–77), quer em termos de utilização individual (dispositivos médicos, aplicações de estilo de vida), quer em termos de utilização profissional (mecanismos sociais e institucionais) (78).

1.3 Objetivos da Investigação

1.3.1. Tema de Investigação

Com o objetivo de resolver o problema anteriormente identificado, o presente trabalho consiste em investigar a adequação dos SIC ao Modelo do GOC, e como os melhorar, tendo em vista auxiliar os profissionais dos CSP nos cuidados a prestar a pacientes com multimorbilidade.

1.3.2. Questão de Investigação

Assim, a **questão de investigação** formulada traduz-se sucintamente em: *“Qual a perceção dos profissionais de saúde da USF Jardim dos Plátanos acerca da utilização, atual e futura, do SI e da adoção do Modelo do GOC em pacientes com multimorbilidade?”*

A qual pode ainda ser dividida nas seguintes **sub-questões**:

- Qual a perceção, por parte dos profissionais de saúde da USF Jardim dos Plátanos, relativamente à utilização, atual e futura, do SI?

- Qual a percepção, por parte dos profissionais de saúde da USF Jardim dos Plátanos, acerca da adoção do Modelo do GOC?

1.3.3. Objetivos de Investigação

Embora o objetivo principal da presente investigação se traduzisse na obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública e Desenvolvimento, pretendeu-se ir mais além através da sua efetiva integração no Projeto METHIS (ver capítulo 2.6.), atualmente a ser desenvolvido com base no *Design Science Research Methodology* (DSRM) (79).

Relativamente ao projeto METHIS, a presente dissertação contempla as duas primeiras etapas – Definição do Problema e Definição dos Objetivos e Planeamento – descritas a vermelho na **Figura 1**, com o intuito de identificar quais os fatores facilitadores e barreiras encontradas à alteração do SIC atual, que se baseia no modelo orientado para doença, para o Modelo do GOC na prestação de cuidados, em pacientes com multimorbilidade, na USF JdP.

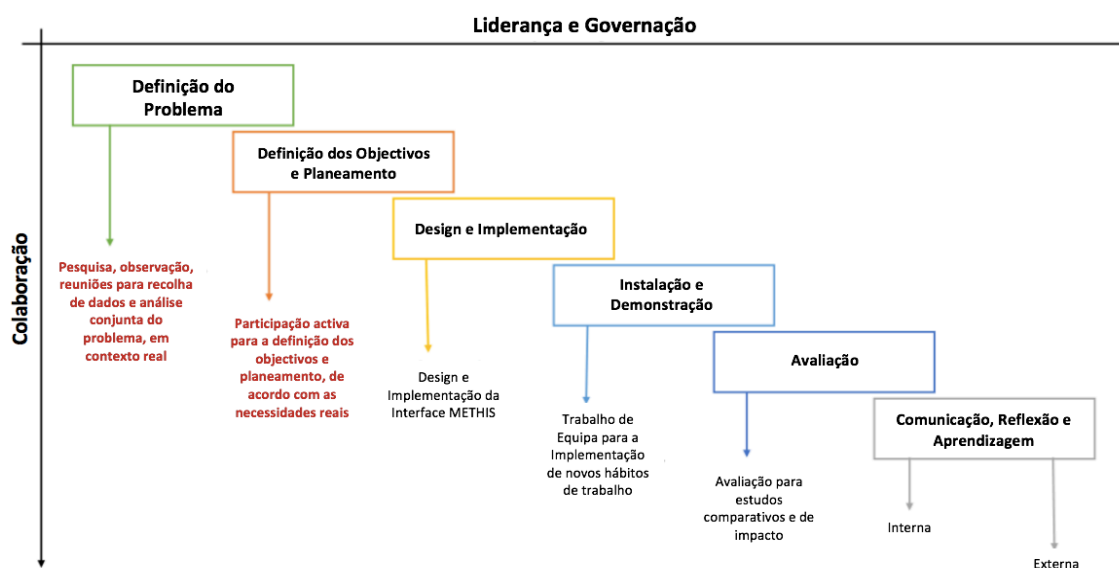


Figura 1 – Etapas do *Design Science Research Methodology* do Projeto “METHIS”

Editado de: Maia MR, Lapão LV. *HAITool: An innovative antibiotic stewardship decision-supporting system to improve antibiotic prescription effectiveness*. 6.

1.3.3.1. Objetivos Gerais

Este estudo tem como **objetivos gerais**:

1. Conhecer a percepção dos profissionais de saúde da USF JdP acerca da utilização do SIC;

2. Conhecer a percepção dos profissionais de saúde da USF JdP acerca da adoção do Modelo do GOC em pacientes com multimorbilidade.

1.3.3.2. Objetivos Específicos

No que respeita aos objetivos específicos podemos referir os seguintes:

1. **Descrever** a experiência geral dos profissionais de saúde da USF JdP, tendo em conta o modelo de orientação atualmente adotado, bem como os sentimentos e dificuldades associadas ao tratamento de pacientes com multimorbilidade;
2. **Descrever** os problemas encontrados pelos profissionais de saúde na utilização do SIC atual;
3. **Aferir** o conhecimento dos profissionais de saúde da USF JdP acerca do Modelo do GOC, tendo em conta a sua existência, prática e utilidade na gestão da terapêutica em pacientes com multimorbilidade;
4. **Explorar** os fatores facilitadores e/ou barreiras, percecionados pelos profissionais de saúde, à alteração de um SIC com base no Modelo do GOC;
5. **Verificar** quais os requisitos e/ou necessidades, percecionados pelos profissionais de saúde, para a criação de um “novo” SIC mais adequado à sua utilização;

1.4 Campo/Local da Investigação

Este estudo pretende descrever quais os requisitos necessários para a criação e implementação de um SIC, numa Unidade de Saúde Familiar, tendo sido selecionada para o efeito (e por conveniência) a USF Jardim dos Plátanos (USF JdP), localizada em Linda-a-Velha, Oeiras, no distrito de Lisboa.

Todo o estudo realizado na USF JdP, contou com a colaboração dos médicos de família e enfermeiros que compõem a equipa.

A USF JdP iniciou a sua atividade em abril de 2012, para corresponder às necessidades básicas de saúde da população de Linda-a-Velha, cobrindo uma área com cerca de 2,32 Km².

Introdução

No final de 2017, registava 15.011 utentes inscritos sendo maioritariamente adultos (entre os 7 e os 65 anos), observando-se uma percentagem de 22,3% em utentes com idade igual ou superior a 65 anos. Do número total de utentes, 54,8% pertence ao sexo feminino, encontrando-se em idade fértil 38% destas.

Grupo Etário	Homem		Mulher		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>≥ 0 e < 7 Anos</i>	486	3,2%	491	3,3%	977	6,5%
<i>≥ 7 e < 65 Anos</i>	4 861	32,4%	5 820	38,8%	10 681	71,2%
<i>≥ 65 e < 75 Anos</i>	821	5,5%	1 043	6,9%	1 864	12,4%
<i>≥ 75 Anos</i>	616	4,1%	873	5,8%	1 489	9,9%
Total	6 784	45,2 %	8 227	54,8%	15 011	100%

Tabela 1 – Distribuição dos utentes inscritos, em 2017, na USF Jardim dos Plátanos por género e grupo etário

Classificada como uma unidade de Modelo A, a USF JdP integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Ocidental e Oeiras sendo regulada pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT). Tratando-se de uma USF, apresenta autonomia organizativa, funcional e técnica (4).

Presta serviços em diferentes especialidades nomeadamente, Medicina Geral e Familiar (MGF), Saúde Infantil, Materna, do Adulto e do Idoso, bem como Consultas para Rastreios Oncológicos, Testes de Diagnóstico Precoce, entre outras. Recorre ainda à colaboração de outros serviços e especialidades, na área da psicologia, serviço social, saúde oral e medicina dentária. (4)

A sua equipa é composta por 20 profissionais em regime contratual definitivo, sendo 8 médicos, 7 enfermeiros e 5 secretários clínicos. Inclui médicos assistentes e graduados em MGF, enfermeiros graduados e especialistas, bem como assistentes técnicos. (5)

Os Médicos de Família da USF JdP prestam atendimento médico aos utentes nela inscritos, de acordo com a lista de utentes que lhes é atribuída, bem como à globalidade dos utentes da USF, sempre que se torne necessário.

1.5 Pertinência da Investigação

Não obstante observar-se um crescente interesse por esta área, a multimorbilidade apresenta ainda bastantes carências a título de conhecimento pelo que a necessidade de estudos complementares se encontra plenamente justificada, e em diferentes pontos de vista. (80,81) Até ao ano de 2020, os estudos publicados cingiam-se ao Modelo do GOC, apenas focado em patologias específicas (Alzheimer, exercícios de reabilitação em pacientes sujeitos a ventilação mecânica em Unidades de Cuidados Intensivos, Hipertensão Arterial Pediátrica, Hemorragias e Coagulopatias pós-trauma, entre outras). (82–86)

A conjugação do Modelo do GOC em pacientes com multimorbilidade no contexto dos CSP é uma área em grande crescimento, e com elevadas necessidades de estudos em termos de aceitabilidade, eficácia e implementação. (13,15)

A presente investigação foi realizada visando colmatar a lacuna identificada do ponto de vista clínico, abordando a questão da multimorbilidade e a utilização de SIC para auxiliar os médicos de família e enfermeiros no cuidado diário de pacientes com estas condições, em USF.

Com a intenção de incluir a participação e os diferentes pontos de vista dos profissionais de saúde acerca dos fatores facilitadores e/ou barreiras para a alteração do modelo atual para o modelo GOC, utilizar-se-á uma abordagem qualitativa. Este tipo de abordagem permite a utilização de estratégias indutivas, confrontando o investigador com a análise de diferentes contextos sociais e perspetivas dos participantes, face aos motivos de melhores ou piores resultados. (87,88)

1.6 Estrutura da Dissertação

A estrutura desta dissertação tem como referência o Regulamento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (2019), sendo composta por 5 capítulos:

Capítulo 1 – Introdução

Este capítulo apresenta o domínio e o foco da investigação, introduz o problema, os objetivos, o local e a justificação da pertinência do estudo realizado.

Capítulo 2 – Enquadramento Teórico

O segundo capítulo aborda um enquadramento teórico acerca da multimorbilidade, do Modelo do GOC e da sua integração nos CSP, das TIS e, em específico, dos SIC, bem como do Projeto METHIS.

Capítulo 3 – Material e Métodos

No terceiro capítulo é descrito o protocolo metodológico adotado no decurso da investigação.

Capítulo 4 – Resultados

O quarto capítulo apresenta os resultados provenientes da investigação, tendo em conta as categorias obtidas pela análise dos dados recolhidos.

Capítulo 5 – Discussão e Resultados

Finalmente, no quinto capítulo desenvolve-se uma reflexão relativa aos resultados obtidos e do enquadramento bibliográfico apresentado na literatura, tendo em consideração a investigação realizada (limitações), bem como potenciais investigações resultantes.

2. Enquadramento Teórico

Atualmente, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de idosos, quer em termos absolutos quer em termos relativos à restante população, observa a nível mundial um aumento progressivo substancial (89). Fruto do desenvolvimento socioeconómico e da evolução da medicina, que nos últimos 50 anos tem melhorado globalmente, a população apresenta uma esperança média de vida superior, e uma maior sobrevivência em idades mais avançadas (3).

2.1 Multimorbidade

De acordo com a OMS, o termo “*multimorbidade*” é aplicado a indivíduos que padeçam de múltiplas patologias crónicas, normalmente de longo-prazo e que requerem um cuidado complexo e continuado (6). A origem e consequências da multimorbidade um modelo cíclico entre fatores biológicos, psicossociais e de qualidade dos cuidados de saúde prestados, como demonstrado na **Figura 2** (3).

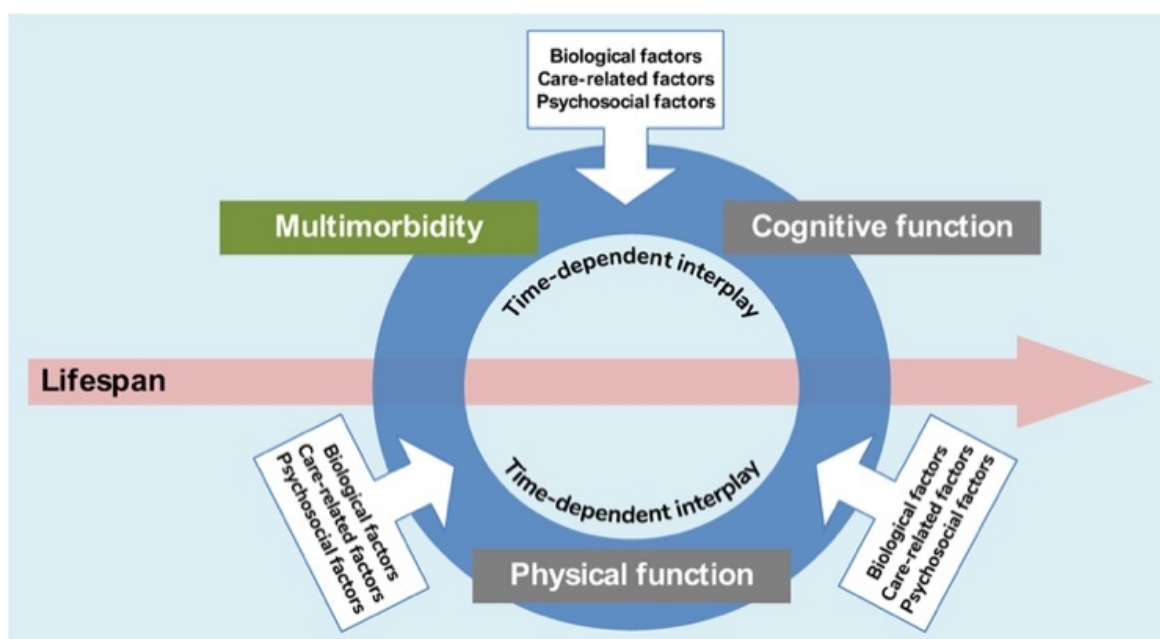


Figura 2 – Proposta para futuras investigações de uma estrutura integrada para o desenvolvimento da multimorbidade e o comprometimento funcional

Em: Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Ferrucci L, Mercer SW, Marengoni A, Onder G, et al. *Multimorbidity and functional impairment—bidirectional interplay, synergistic effects and common pathways*

Comparando pacientes padecendo apenas de uma patologia, e pacientes com multimorbilidade, estes últimos têm maior probabilidade de apresentar maiores taxas de mortalidade, de hospitalização e um mais rápido declínio da função física e cognitiva, traduzindo-se num decréscimo da qualidade de vida e num aumento dos custos de saúde (7). Pelo quadro clínico abaixo apresentado (**Figura 3**), estes doentes carecem de um acompanhamento contínuo, justificando a necessidades de saúde acrescidas e consequentemente um maior volume de trabalho dos serviços de saúde (3).

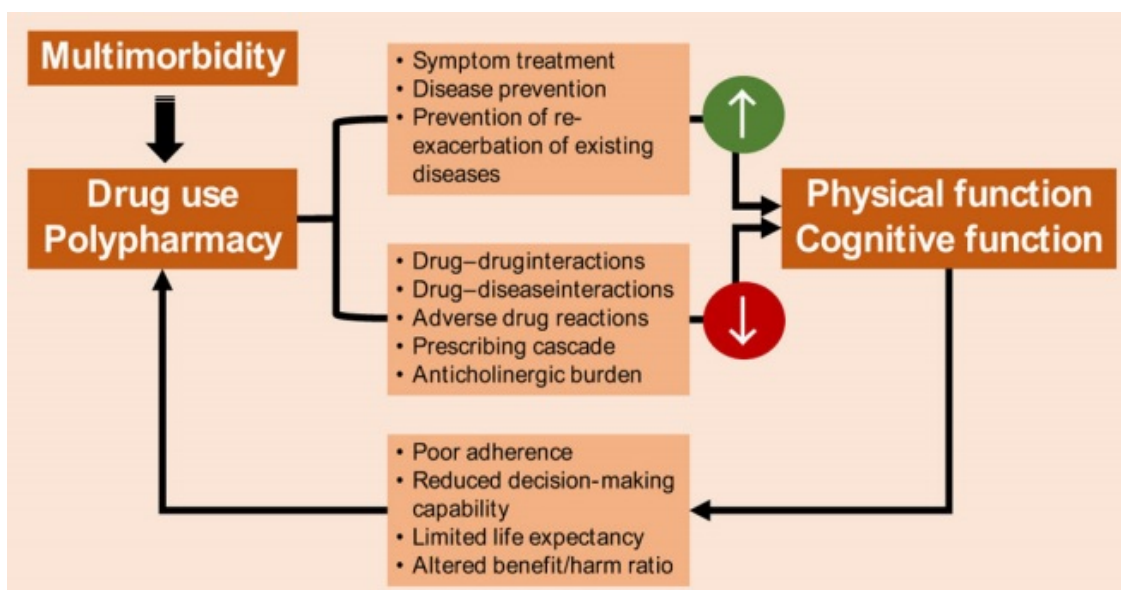


Figura 3 - Quadro com os problemas associados à interação farmacológica e as suas consequências na função física e cognitiva.

Em: Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Ferrucci L, Mercer SW, Marengoni A, Onder G, et al. Multimorbidity and functional impairment—bidirectional interplay, synergistic effects and common pathways

Apesar da sua escassez, existem diversos estudos que permitem concluir que o custo-efetividade de intervenções direcionadas a pessoas com multimorbilidade, tem um potencial impacto na alocação e distribuição económica (90). A gestão terapêutica orientada para uma patologia, conduz a uma fragmentação dos cuidados, e a erros médicos (91). Por sua vez, a fragmentação apresenta como consequência a utilização ineficiente dos recursos, devido à falta de coordenação e de integração dos cuidados (92).

Em 2016, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), no Reino Unido, publicou um guia para a avaliação clínica e gestão de multimorbilidade em que é demonstrada a importância da investigação e dos profissionais de saúde trabalharem em conjunto, de forma a reduzir a sua complexidade e compreender a multimorbilidade num contexto mais amplo (**Figura 4**) (93).

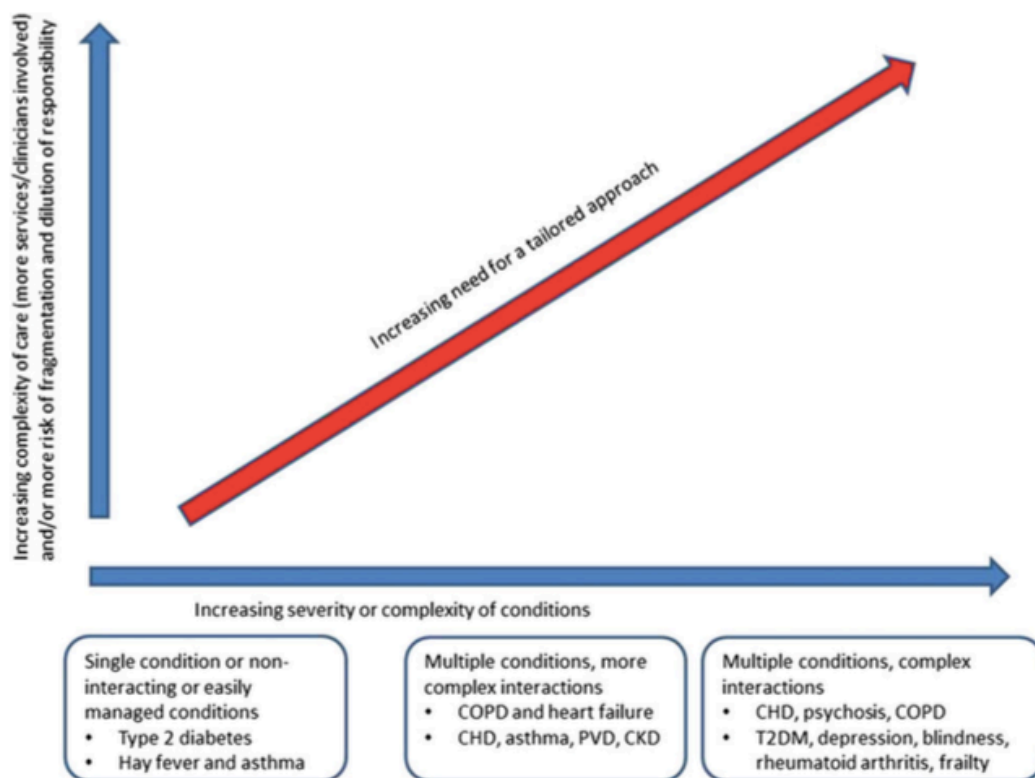


Figura 4 – Diagrama de indicação de necessidade de uma abordagem de cuidados específica para a multimorbilidade (Adaptado de (93))

Fonte: National Guideline Centre (2016) *Multimorbidity: clinical assessment and management (NG56)*. Publicado por *National Guidelines Center* no *The Royal College of Physicians, 11 St Andrews Place, Regent's Park, London*.

Assim, a implementação de um modelo de cuidados adequado ao contexto do indivíduo (biológico, psicossocial, económico e ambiental) mostra-se essencial na otimização dos resultados de saúde pretendidos, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e respetivos cuidadores (3).

2.2 “Goal-Oriented Care”

Atualmente, os sistemas de saúde utilizam metodologias orientadas para a terapêutica sintomática das condições crónicas e agudas (tais como a hipertensão, doença isquémica cardíaca e diabetes), não permitindo assim, a análise da interação entre todas (7). Esta tipo de abordagem orientada para a doença, leva à ocorrência de cuidados fragmentados, ineficientes e ineficazes (94). No sentido de se melhorar a sustentabilidade e a qualidade da terapêutica, os peritos recomendam que os pacientes com multimorbilidade devem ser sujeitos a um cuidado individualizado, uma avaliação compreensiva da sua saúde, devendo os objetivos ser centrados no paciente e que este seja envolvido na tomada de decisões (95).

O “*Goal-Oriented Care*”, ou **GOC**, é um tipo de abordagem centrada no paciente e representa uma transição de uma gestão vertical da doença, para uma gestão horizontal nos cuidados primários, que “*proporciona a oportunidade de integração e soluciona o problema da desigualdade, permitindo o acesso a todos os problemas de saúde, evitando, assim, a “desigualdade por doença”*” (10). O modelo do GOC permite alcançar um potencial máximo de saúde individual, tendo como foco os objetivos individuais de saúde do paciente desde o controlo dos sintomas até à capacidade social e funcional (96). As diferenças entre o Modelo de Orientação utilizado hoje em dia e o Modelo do GOC encontram-se representadas na **Tabela 2**.

	Modelo Orientado para Patologia	Modelo do GOC
Foco	Doença	Paciente
Efeito	1 fármaco pode afetar o controlo de outra patologia	Objetivos do Paciente
Nº de Especialistas	Elevado nº de especialistas	Relação médico de família-paciente é mais próxima
Patologias	Umas patologias são sobre tratadas e outras negligenciadas	Atingir o potencial máximo de saúde individual

Tabela 2 – Diferenças entre o Modelo de Orientação atual e o GOC, tendo em conta o foco, os efeitos o nº de especialistas envolvidos e a abordagem patológica (Adaptado de (97))

2.2.1. Estabelecimento de Objetivos

Na prática, verifica-se uma integração do papel do profissional de saúde (médico de família ou enfermeiro) com o papel de responsabilização do paciente, devendo estabelecer-se uma relação de confiança, empatia, compaixão e compreensão entre as decisões e objetivos de cada um (98). O respeito entre as preferências, valores e necessidades do paciente é um fator essencial para assegurar que este valorize as clínicas sugeridas pelo profissional de saúde (96).

Assim, torna-se necessário capacitar os profissionais de saúde, bem como os pacientes, para permitir que eles utilizem a sua visão e conhecimentos exclusivos no sentido de lhes proporcionar tomar as melhores decisões para os pacientes (99).

2.2.2. Alteração de Comportamento

A gestão terapêutica de pacientes com multimorbilidade depende mais da cooperação entre médicos e pacientes do que de decisões individuais (99). Não deve ser procurada apenas uma causa, mas sim uma interação complexa entre diversos fatores. Essa abordagem foi complementada pelos SDS (99,100). Os médicos de MGF necessitam de comunicar com os seus pacientes durante todo o processo de definição de objetivos (101), e sempre que possível, integrar técnicas cognitivas de solução de problemas comportamentais (102).

Existe uma grande variedade de definições, mas em geral, a literacia em saúde é conceituada como habilidades e competências que permitem às pessoas obter e interpretar informações sobre saúde e aplicar seus conhecimentos para informar a tomada de decisões relacionadas à saúde (para obter uma visão geral das definições) (103–105).

Com ênfase na individualidade, na literacia do paciente, e na mudança de comportamento na saúde, a adoção de um estilo de comunicação de colaboração e cooperação, orientado por objetivos poderá ser uma intervenção útil (106,107), designada por entrevista motivacional (107). A realização da entrevista motivacional é uma habilidade bem articulada e aprendível (108–110) e a sua implementação deveria ser considerada como uma intervenção de rotina nos cuidados de saúde (111–116) como

elemento central da intervenção em pacientes com multimorbilidade (106,115,117–120).

2.3 Integração com os CSP

A probabilidade de internamento ou de uma complicação evitável em ambiente hospitalar aumenta drasticamente com o número de condições crónicas que o paciente padece (96).

Assim, a gestão de forma segura e eficaz de pacientes com multimorbilidade, depende de um sistema de cuidados primários bem organizado e forte, que ofereça um atendimento abrangente e longitudinal (121). Tal opção permite que os pacientes possam ser acompanhados, as doenças crónicas possam ser monitorizadas e que diferentes problemas possam ser resolvidos pela mesma equipa e integrando o cuidado ao redor do paciente (6). Só através de uma melhoria da coordenação dos cuidados primários que se pode evitar uma sobrecarga de gastos e custos ao SNS (122).

Sendo a MGF definida como uma disciplina centrada na pessoa e que lida com os pacientes nas próprias circunstâncias da vida, o estabelecimento de metas individualizadas está fortemente implícito (123). Os médicos de família dos CSP, assim como os respetivos enfermeiros, encontram-se numa *“posição estratégica para ajudar os pacientes a aumentar a sua capacidade e autoconfiança na gestão de condições crónicas”* (124), no entanto, parecem apresentar dificuldades em implementar como rotina nos seus contactos diários o estabelecimento de metas (125).

2.4 Tecnologias de Informação em Saúde

As Tecnologias de Informação em Saúde (TIS) são tecnologias que permitem armazenar, analisar e disseminar informação médica (126), integrando sistemas de informação, podendo-se apresentar a título de exemplo, os registos de saúde eletrónicos, aplicações para *smartphone*, prescrição eletrónica, telemonitorização com dispositivos médicos, entre outros (126,127).

A contribuição deste tipo de tecnologias varia consoante os diferentes objetivos (128–130), encontrando-se maioritariamente associada à melhoria na prevenção da

doença (131–133). No entanto, determinados estudos sugerem também a obtenção de uma melhoria na recolha dos dados (com um potencial avanço através de um incremento efetivo da pesquisa e investigação em saúde) (134–136), de uma melhoria dos resultados em saúde (como a eficiência e efetividade do cuidado prestado) (137), assegurar a segurança do paciente (reduzindo erros médicos, custos e documentação) (136,138), bem como capacitar os profissionais e os próprios pacientes (138).

O “*Relatório Mundial de Saúde*” reeditado pela OMS em 2010, apresenta uma reflexão sobre o financiamento dos sistemas de saúde para se atingir a cobertura universal de cuidados (59). Este documento reitera a potencialidade das tecnologias médicas na prestação de cuidados de saúde com qualidade e de forma eficiente, com base na evidência e nas boas práticas (59).

A origem patológica das doenças crónicas encontra-se em comportamentos de estilo de vida de risco e evitáveis. A inovação tecnológica deverá forçosamente acompanhar todos os fatores envolvidos, tendo em conta a necessidade de se adaptar a estratégias eficazes de alteração dos mesmos (139–141) e ao público a que pretende chegar (4).

2.5. Sistemas de Informação em Saúde

Os Sistemas de Informação (SI), utilizam as TIS para suportar processos de cuidados, podendo definir-se como um conjunto de recursos, técnicas, dispositivos e metodologias utilizados para suportar o conhecimento necessário para atingir resultados clínicos (12,142), e fazem parte de uma componente central e benéfica na prestação de cuidados de saúde (143,144). As ferramentas dos SI, ou de *e-Health*, numa *perspetiva de interação com os doentes*, têm como objetivos apoiar a integração da saúde, a capacitação dos pacientes e promover a transição dos serviços de saúde de um modelo de tratamento da doença para um modelo de prevenção da mesma (145).

2.5.1. Sistemas de Informação Clínica

Os Sistemas de Informação Clínica (SIC) são sistemas de gestão e processamento de dados (imagens médicas, análises laboratoriais), informação (registos médicos) e conhecimento (sistemas de apoio à decisão, inteligência artificial), que visam a prestação de auxílio na gestão de cuidados a pacientes (142,146). O cuidado a

pacientes inclui um conjunto de atividades interligadas e orientadas para o processo de decisão (12). Deste modo, o objetivo principal dos SIC traduz-se em prestar auxílio aos profissionais de saúde no processo de decisão (34,146).

Os SIC permite a criação de uma considerável quantidade de dados eletrónicos para análise de tendências, identificação de padrões e análise de possíveis fatores contribuintes para eventos adversos (147). Assim, se adequadamente otimizados, estes sistemas deverão facilitar a recolha e análise de dados a ser utilizados para informar, e facilitar o processo de gestão para os seus utilizadores (148).

A "*The Joint Commission International Center for Patient Safety*", comissão nomeada pela OMS, tem como objetivos centrais a identificação de problemas e desafios à segurança do doente, bem como promover soluções para estes mesmo problemas através da colaboração da comunidade (149). O documento "*Nine Life-saving Patient Safety Solutions*" refere que falhas na comunicação entre e intra equipas de saúde podem ser causa de diminuição da qualidade dos cuidados prestados (150), sendo também realçada como uma das áreas a atuar (151).

A transmissão de informação em saúde é altamente estudada tendo em conta o seu potencial económico (redução de custos) e melhoria de prestação de cuidados (melhoria da qualidade) (152,153), que leva ao desenvolvimento de técnicas e sistemas para otimização dos processos de transmissão da informação (154). Neste contexto, foram criadas políticas para incentivar a sua implementação diária pelos profissionais de saúde e ainda a realização de estudos para avaliar barreiras e resultados observados (155). Por outro lado, o seu estudo deve ser contextualizado e enquadrado em organizações específicas por forma a trazer novas abordagens que poderão ser aplicadas na resolução de problemas de gestão entre os diferentes atores intervenientes na prestação de cuidados a pacientes com multimorbilidade (156).

Hoje em dia, os SIC são vistos como uma ferramenta essencial para os processos de transmissão de informação (157). A transmissão de informação tem que ser integrada e permanentemente monitorizada ao longo da prestação de cuidados de saúde para garantir que estes sejam eficientes e de qualidade sejam de qualidade e eficientes (158,159). A eficácia da gestão terapêutica das doenças crónicas é altamente

influenciada pelo tempo de início do tratamento (160), e pela base clínica da decisão (se é orientada para o paciente ou para a patologia) (161).

Com efeito, um SIC tem de ser orientado e adaptado tendo em conta o seu “alvo” (orientado para o paciente e para a patologia) e o seu “domínio” (doenças crónicas) (12)

2.5.2. Abordagem e Orientação

Os SIC foram evoluindo e, atualmente, são desenvolvidos com o intuito de fornecer uma ferramenta rápida e intuitiva de acesso à informação (162). São compostos por um conjunto de informações introduzidas e compiladas podendo ser visualizadas e organizadas consoante diferentes critérios: cronologicamente, por fonte de informação ou por problema (de acordo com a estrutura SOAP) (163).

Essas informações podem estar contidas em vários sistemas e repositórios (discretos ou interconectados), cada um deles contendo e gerindo tipos específicos de dados (164). Esse tipo de organização responde ao crescente interesse em usar a Internet como fonte de informações sobre saúde (165).

A natureza descentralizada dos SIC transforma o percurso de acesso de informação de cada paciente num processo complexo, implicando a passagem por diferentes serviços/áreas de intervenção e consequente contacto com diferentes profissionais de saúde (166). A comunicação entre profissionais de saúde poderá, nestas condições, tornar-se problemática e constituir potencial fonte de erro (166).

2.5.3. Potencialidades na Otimização de Processos

Face à necessidade de melhorar o desempenho e resultados, generalizou-se a aplicação de métodos que assegurassem a otimização de protocolos internos e de acordo com as orientações clínicas (162).

Neste contexto, sempre que os recursos envolvidos na prestação de cuidados de saúde se desviarem dos protocolos estabelecidos pelo prestador, o SI automaticamente notifica o profissional de saúde, que no processo, sempre que se termine uma tarefa, inicia-se automaticamente o passo lógico seguinte (que se repete até que todo o procedimento se encontre completo) (167–172). Estudos concretos têm demonstrado

que soluções que suportem a decisão clínica e a prescrição médica, permitem melhorar o desempenho médico e os resultados obtidos ao nível do utente (167,169,170,173).

Fruto do rápido crescimento no mercado de tecnologias da saúde (174), verificou-se um rápido crescimento nas ferramentas e dispositivos TIS que oferecem uma gama de tecnologias aplicadas na prevenção e autogestão de doenças crónicas (175,176). Contudo, é necessário ter cuidado, pois nem todas estas tecnologias estão validadas para funcionar no contexto da saúde. Cuidadores e enfermeiros sugeriram que tal tecnologia pode ser adequada na oferta de oportunidades da procura de apoio, porque a tecnologia pode fornecer informações que podem ser entregues em tempo real (177).

Em 2019, foi publicado um artigo acerca dos desafios da multimorbilidade para os Sistemas de Saúde (178). Agora, em 2020, foram realçadas as alterações necessárias para que a implementação do GOC seja eficaz (179). Publicaram-se ainda alguns “*guidelines*” especialmente dirigidos a investigadores, profissionais de saúde pública e informáticos a trabalhar na área da saúde digital, realçando a importância da participação da sociedade no desenvolvimento e implementação das intervenções (180).

2.6. METHIS

O “METHIS” é um projeto, baseado no *Design Science Research Methodology* (DSRM), que aborda a questão da multimorbilidade e o uso de um SIC para auxiliar clínicos gerais no cuidado ao longo do tempo de pacientes com essas condições. Espera-se que após a sua conclusão e posterior implementação ser possível, do ponto de vista dos profissionais envolvidos, melhorar o seu desempenho através do desenho e desenvolvimento de um SIC, baseado no Modelo do GOC, e uma melhor gestão dos pacientes, fruto de uma melhoria da relação médico-paciente. Do ponto de vista dos pacientes: uma melhor perceção dos cuidados e alcance dos seus objetivos, previamente acordados, bem como uma melhoria na adesão à terapia.

Tratando-se de um trabalho a longo-prazo, para que seja claro e conciso, torna-se necessário delimitar a população em estudo, e realizar um “levantamento inicial de necessidades” apoiado na efetiva participação da equipa de profissionais e futuros utilizadores do sistema, de forma a verificar-se uma evidente melhoria na eficiência e eficácia deste modelo de abordagem.

3. Material e Métodos

A pesquisa qualitativa permite obter dados, passíveis de gerar uma extensa quantidade de informação. No entanto, para que esta garanta uma fiabilidade consistente, é fundamental que a análise seja realizada recorrendo a um processo rigoroso e planeado. (181)

3.1 Desenho do Estudo

Na concretização dos objetivos gerais e específicos propostos no presente trabalho, desenvolveu-se um estudo qualitativo, com recurso a entrevistas semiestruturadas e um grupo focal aos médicos de família e enfermeiros, da USF JdP.

3.1.1. Abordagem Metodológica

Dias & Gama definiram que a abordagem qualitativa “*procura compreender os fenómenos de saúde e doença a partir de significados, perspetivas e experiências, ou do desenvolvimento de conceitos que ajudam a compreender a realidade*” (182). Através de um paradigma construtivista, todo o desenho do estudo teve como base uma perspetiva epistemológica, em que o conhecimento é uma construção resultante do processo de interação entre o investigador e os profissionais, e uma perspetiva metodológica, pelo esforço para conhecer as perspetivas e construções individuais (183).

3.1.2. Tipo de Método

Tendo em consideração este objetivo, tratou-se de um estudo fenomenológico em que permitiu descrever de forma compreensiva a experiência vivida pela própria perspetiva do participante (184). A presente investigação tem como referência a abordagem da fenomenologia empírica, ilustrada por Moustakas (1994), que através da exteriorização do investigador, permite recolher e analisar a informação com uma perspetiva totalmente “limpa”, permitindo um maior foco na descrição das experiências relativamente ao fenómeno em estudo, do que nas próprias interpretações do mesmo (184,185).

De acordo com van Manen (1990), pode ser considerado como fenómeno, qualquer “objeto” de experiência humana (186). Assim, o **fenómeno** estudado na presente investigação consistiu na utilização do SIC no apoio à prestação de cuidados a pacientes com multimorbilidade, nos CSP.

3.1.3. Tipo de Estudo

Na fenomenologia empírica, o foco do estudo do fenómeno encontra-se nos indivíduos que o experienciam/experienciaram (185). Deste modo, para além das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde (médicos de família e enfermeiros) da USF JdP complementou-se o estudo recorrendo a um grupo focal com os mesmos.

Uma entrevista caracteriza-se por ser uma conversa em que é produzido conhecimento em profundidade fruto da interação entre o entrevistador e o entrevistado permitindo conhecer, esclarecer e explorar as opiniões e práticas do entrevistado de forma a concluir as suas perceções implícitas (187,188). Ao ser semiestruturada e eminentemente diretiva, irá permitir focar o objeto de estudo ao SIC e às dificuldades percecionadas atualmente, bem como aprofundar o conhecimento do Modelo do GOC e explorar quais as suas vantagens nas suas perspetivas individuais (182,189).

Tendo em vista consolidar a validade dos dados recolhidos durante as entrevistas individuais, complementou-se a investigação com triangulação de pessoas, recorrendo à organização de um grupo focal integrando toda a equipa de profissionais de saúde da USF JdP (184), incluindo os profissionais que não foram entrevistados.

Um grupo focal define-se como sendo uma discussão em grupo, sobre um tema específico, com interesse na dinâmica e interação dos participantes, o qual irá permitir recolher novas informações (188,190). Neste caso em concreto, o grupo focal permitiu recolher informação respeitante às dificuldades percecionadas quanto à utilização do SIC atual e ainda às dificuldades de gestão do tratamento em pacientes com multimorbilidade, numa perspetiva e prática coletiva dos profissionais de saúde, bem como explorar e compreender como é que em contexto coletivo as perspetivas sobre o mesmo fenómeno diferem (182,191).

3.2 Amostra e Processamento de Amostragem

3.2.1. População

O envolvimento dos profissionais de saúde, como atuais e futuros utilizadores do SIC, é considerado uma mais valia importante na identificação do problema, e na definição dos objetivos para se conseguir uma redução de desperdício na área de design em investigação em saúde (192–195).

Assim, a população considerada na presente investigação consistiu nos 15 profissionais de saúde (médicos de família e respetivos enfermeiros) inscritos na USF JdP, que são utilizadores do SIC atual e que prestam cuidados de saúde diários a pacientes com multimorbilidade. De acordo com Polkinghorne (1989), impôs-se um número mínimo de 5 participantes nas entrevistas individuais, bem como no grupo focal (196).

3.2.2. Participantes

Da população em estudo, participaram nesta investigação 7 profissionais, por escolha própria e de forma voluntária, dos quais 5 são médicos de família e 2 são enfermeiros. Os participantes cumpriam todos os critérios de inclusão, mencionados no parágrafo seguinte.

3.2.3. Seleção e Recrutamento

Como em qualquer estudo envolvendo uma abordagem qualitativa, os critérios de inclusão dos participantes não têm como objetivo generalizar, mas sim conhecer em pormenor um fenómeno específico (182).

Com efeito, os critérios de inclusão adotados para a participação neste estudo foram:

- Médico/a de família **ou** enfermeiro/a que preste cuidados de saúde a pacientes com multimorbilidade;
- Utilizador dos SIC da USF JdP;
- Encontrar-se inscrito na USF JdP.

Dado que se pretendeu explorar as perspetivas com diferentes vivências, não foi imposto qualquer limite mínimo ou máximo no que respeita à experiência profissional.

No recrutamento dos participantes utilizou-se o processo de amostragem intencional, que se caracteriza pelo cumprimento de todos os critérios de inclusão, são representativos do fenómeno de interesse (197). Tendo em consideração que o mais significativo na amostragem intencional consiste na representatividade, o número máximo de participantes a incluir foi o somatório dos profissionais de saúde que cumpriam integralmente **todos** os critérios de inclusão referidos anteriormente (182).

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados

3.3.1. Recolha de Dados

Os participantes elegíveis foram convidados pessoalmente pela investigadora, durante uma reunião de equipa previamente convocada pelo coordenador da USF JdP, e que se destinou à apresentação do protocolo e enquadramento da investigação, e ainda a evidenciar a pertinência e a importância da participação dos profissionais a envolver. Foi facultado o contacto da investigadora (e-mail) e dado um prazo (15 dias) para que, individualmente e sem exposição, cada profissional pudesse manifestar a sua vontade em participar no estudo em causa.

No sentido de evitar quaisquer interrupções durante a sua realização, as entrevistas entre o entrevistador (a investigadora) e cada entrevistado foram marcadas antecipadamente, sendo lembrada a sua data com um dia de antecedência. À exceção de uma, que a pedido do profissional teve lugar na Sala de Reuniões, as 7 entrevistas decorreram na USF JdP, de forma privada e individual nos gabinetes do entrevistado, tendo sido garantidas todas as condições necessárias nomeadamente, conforto, confidencialidade e privacidade (182). As entrevistas tiveram uma duração máxima de cerca de 40 minutos, tendo sido as gravadas (áudio), após autorização prévia do entrevistado mediante assinatura do Consentimento Informado. Seguidamente foram retiradas notas de campo, para não se perderem quaisquer dados retirados de linguagem não-verbal. Todas as entrevistas foram realizadas pela investigadora, no âmbito da presente dissertação.

O grupo focal foi organizado após a análise dos dados recolhidos em todas as entrevistas (ver capítulo 3.4.), e marcado com 15 dias de antecedência. A equipa de profissionais foi convocada pelo coordenador da USF JdP e ocorreu na sala de reuniões da Unidade. Desta forma, foi possível manter o conforto e um espaço com condições adequadas para reunir o número necessário de participantes. A reunião teve a presença de um número elevado de participantes, uma vez que a participação do máximo de profissionais, incluindo aqueles que não participaram nas entrevistas era fundamental para a fiabilidade dos resultados apurados. Tal afluência motivou a impossibilidade tecnológica do correspondente registo de áudio. Porém, todos os presentes foram previamente informados sobre a futura utilização das informações ali trocadas. Com efeito, foram recolhidas notas de campo, para não se perderem dados extraídos dos assuntos abordados, de linguagem não verbal e de interações entre os participantes. A sessão do grupo focal teve uma duração de 90 minutos, tendo tido também a participação do coordenador do Projeto METHIS.

3.3.2. Instrumentos

Tendo em conta o fator eminentemente diretivo das entrevistas, as sessões foram conduzidas recorrendo-se a um guião pré-construído (182) (*ver Anexo I*). O referido guião foi desenvolvido tendo em conta os objetivos das mesmas e serviu como base de recolha dos dados, de forma a garantir que todos os tópicos a estudar tinham sido abordados (182).

Com os objetivos em mente, foram contemplados os seguintes tópicos: a experiência geral a tratar pacientes com multimorbilidade; a utilização de TIS e os seus benefícios para a gestão de pacientes com multimorbilidade; quais os problemas identificados, pelos profissionais de saúde da USF JdP, na utilização do SIC atual; o conhecimento, por parte dos profissionais, da existência, da prática e da utilidade do Modelo do GOC na gestão do plano terapêutico destes pacientes; fatores facilitadores e barreiras à adoção do Modelo do GOC; e requisitos e/ou necessidades para um “novo” SIC mais adequado ao contexto da USF JdP.

O grupo focal foi conduzido igualmente por um guião, mas tendo no entanto como objetivo, explorar a interação entre os diversos participantes e as perspetivas sugeridas acerca do fenómeno num contexto coletivo (182,188) (*ver Anexo 2*).

Por forma a obterem-se amostras conclusivas, os tópicos selecionados tiveram em consideração os que se conclui serem os mais abrangentes à maioria dos intervenientes (198). Assim, os tópicos abordados foram os seguintes: benefícios dos SIC para a gestão de pacientes com multimorbilidade; problemas identificados, pelos profissionais de saúde da USF JdP, na utilização do SIC atual; utilidade do Modelo do GOC na gestão do plano terapêutico destes pacientes; fatores facilitadores e barreiras à adoção do Modelo do GOC; e requisitos e necessidades para a implementação de um “novo” SIC mais adequado ao contexto da USF JdP.

Como referido anteriormente, as entrevistas sofreram um registo integral de áudio, o qual foi posteriormente transcrito para posterior análise, recorrendo-se à aplicação “dictafone”. De salientar que as transcrições obtidas foram anonimizadas por forma a garantir o anonimato dos intervenientes. No grupo focal embora não tenha sido recolhido qualquer registo de áudio, foram editadas notas de campo escritas. Todos os dados necessários para análise tiveram origem exclusivamente nas entrevistas e no do grupo focal.

3.4. Técnicas de Tratamento e Análise de Dados

3.4.1. Tratamento de Dados

Por forma a evitar ao máximo possíveis lacunas de detalhes importantes discutidos durante as entrevistas, a sua transcrição integral (realizada pela própria investigadora que também tinha anteriormente conduzido as entrevistas) teve lugar logo após as entrevistas (182), recorrendo-se a um software de transcrição (*MaxQDA Standard 18 Student*). Após a sua transcrição (*verbatim* inteligente) e imediata eliminação do registo áudio original, o conteúdo obtido foi devidamente organizado e identificado para permitir uma posterior pesquisa e análise (199,200).

A codificação das entrevistas regeu-se pelo seguinte critério: A cada entrevista foi atribuída a letra “E” (ex. E6 para o entrevistado 6), seguida de um número aleatório diferente da sua sequência efetiva.

Por motivos éticos e de anonimato, as transcrições das entrevistas não são apresentadas, nem serão divulgadas a elementos externos ao Projeto METHIS.

3.4.2. Análise de Conteúdo

A análise e sistematização dos dados cingiu-se apenas a dados primários e recorrendo à técnica de análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2016), a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados a «discursos» extremamente diversificados, com o intuito de compreender, analisar, sintetizar e descrever as informações recolhidas para, posteriormente teorizar e elaborar uma síntese real do que foi expresso (201).

A análise de conteúdo de entrevistas acarreta um paradoxo de uma abstração da singularidade de cada entrevistado, tendo em conta o objetivo final de inferir acerca de um grupo social representativo do fenómeno de interesse (201). Com efeito, foram realizados dois níveis de análise: inicialmente, uma análise com uma técnica de decifração estrutural, centrada em cada entrevista, seguindo-se uma análise temática e categorial.

Através de métodos bem preconizados, o primeiro nível da análise consistiu numa fase de pré-análise (201), através duma “*leitura flutuante*” de cada entrevista, com o objetivo de identificar temas e categorias, de forma não sistemática, flexível e tendo em conta o material verbal (201).

Na fase seguinte, procedeu-se a uma análise categorial dos dados recolhidos no primeiro nível de análise. O material foi categorizado, de acordo com as características de cada segmento de texto (181), sendo realizada uma análise com a técnica temática de frequência, de Berelson (1952) (202). Todas estas atividades foram realizadas com auxílio do software *MaxQDA Standard 18 Student*.

Por fim, todo o material resultante foi sumarizado e interpretado com uma descrição de narrativas (“*textural description*”), permitindo conhecer o que os participantes experienciam, e com uma descrição estrutural, explorando as condições e o contexto em que experienciam o fenómeno (184).

A análise de conteúdo foi realizada integralmente pela investigadora principal, com a colaboração pontual do investigador auxiliar, recorrendo-se na revisão final a um indivíduo externo ao estudo. A utilização desta técnica de triangulação de

investigadores (182,203–205), permitiu procurar a validade, alcançando a confiabilidade, a dependência e a confirmabilidade dos resultados obtidos.

3.4.2.1. Constituição do Corpus da Análise

O *corpus* de análise da presente investigação foi constituído pelas transcrições das entrevistas realizadas e das notas de campo transcritas do grupo focal.

3.4.2.2. Definição de Unidades de Análise (Unidades de Registo e Unidades de Contexto)

O material recolhido (transcrições das entrevistas) foi codificado. De acordo com R. Holsti (1969): «*A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo.*» (206). Para a análise realizada, foi definido o recorte das unidades de registo e de contexto.

Uma unidade de registo corresponde ao segmento de conteúdo a categorizar e a considerar para a contagem frequencial (201). Para esta análise, a unidade de registo definida é o tema. Segundo Berelson, um tema é «*Uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afetado um vasto conjunto de formulações singulares.*» (202). O tema é frequentemente utilizado como unidade de registo em estudos ligados a motivações de opiniões, valores, atitudes cuja presença ou frequência de aparição podem ter significado para o objetivo (201). Na preparação desta análise, foi adotada uma normalização dos temas, tendo em conta os temas-eixo pré-definidos, de acordo com os objetivos. Assim, houve o recorte do texto, tendo todo o conteúdo expresso pelos entrevistados sido agrupado em torno destes tópicos (201).

Já a unidade de contexto é o segmento que serve para compreender a unidade de registo, de forma a possibilitar uma codificação exata (201). A unidade de contexto utilizada é o parágrafo, tendo sido determinada consoante critérios de custo e pertinência (201).

3.4.2.3. Definição de Categorias

A análise categorial reagrupa por analogia, as componentes das mensagens analisadas, com base nos critérios definidos previamente (201). Os critérios de

categorização devem ser adequados ao objetivo da investigação, sendo por isso uma possível fonte de enviesamento. A presente investigação utilizou o critério de categorização temática, tendo as categorias sido estipuladas em função das qualidades de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade (201).

Considerando o carácter semiestruturado das entrevistas, as categorias já se encontravam previamente definidas, tendo a análise sido realizada segundo o princípio da horizontalidade, em que se *“trata cada um dos temas, salientando as diferentes formas sob as quais ele aparece nas pessoas inquiridas”* (207).

A análise realizada assenta, ainda, numa hipótese de correspondência entre a presença, frequência, intensidade e distribuição de manifestações linguísticas e de variáveis inferidas não linguísticas resultantes deste processo. Esta enumeração é realizada com base em regras estipuladas cuja seleção deve ser adequada à pertinência do estudo (201).

Nesta investigação foi enumerada a presença ou ausência dos temas categorizados, por entrevista, assumindo-se como pressuposto implícito que a presença ou ausência das variáveis funciona como um indicador importante para o objetivo de análise (201). As categorias e a sua enumeração encontram-se descritas no *capítulo 4.2*, tendo sido obtidas durante a análise de conteúdo.

Após a análise completa do *corpus* de análise, não foram detetadas novas categorias.

3.5 Considerações Éticas

O presente Estudo foi elaborado tendo em vista o respeito pela Declaração de Helsínquia e é baseado nos três princípios éticos fundamentais e universais: respeito pela pessoa, beneficência e justiça (208).

3.5.1. Proteção de Dados

Salienta-se que o acesso direto aos arquivos de áudio gravados foi exclusivamente limitado à investigadora envolvida na realização e transcrição das entrevistas. Por outro lado, após a sua transcrição, os áudios foram apagados, restando

apenas as respectivas transcrições já anonimizadas. Os dados obtidos, permanecerão retidos por um período de 5 anos após o final do estudo.

3.5.2. Consentimento Informado

No início de cada entrevista, a investigadora apresentou a cada participante as versões escritas e verbais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (*ver Anexo 3*) tendo obtido da parte deste o respectivo consentimento comprovado pelas assinaturas do entrevistado e do entrevistador existentes no referido (TCLE). O formulário original do TCLE devidamente assinado permanece na posse da investigadora principal do projeto, encontrando-se acessível para controle de qualidade caso se justifique. Adicionalmente foi entregue uma cópia assinada do mesmo ao entrevistado.

3.5.3. Comitê de Ética

Todo o projeto foi avaliado e submetido a aprovação ao Comitê de Ética da ARS-LVT, sendo posteriormente dado conhecimento ao Comitê de Ética do IHMT da sua aprovação.

A investigadora não apresentou quaisquer conflitos de interesse com o estudo.

4. Resultados

4.1. Caracterização da Amostra

Tendo em conta a população inicial, foram entrevistados 5 médicos de família e 2 enfermeiros, sendo 6 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, apresentando uma média de idades de 42 anos.

Em média, os profissionais terminaram a sua formação há 14 anos e trabalham com pacientes com multimorbilidade crónicas há cerca de 15 anos. A maioria trabalha na USF JdP há cerca de 6 anos, sendo que esta foi criada há 7, tendo sido possível constatar a sua excelente adaptação à Unidade de Saúde.

O grupo focal foi realizado por 14 participantes (8 médicos de família, 5 médicos internos de MGF e 1 enfermeira) integrantes da equipa de profissionais de saúde desta USF, onde se incluíam os profissionais entrevistados. O coordenador do projeto METHIS também participou para esclarecer conceitos e responder a dúvidas.

4.2. Resultados de Análise das Entrevistas

Após a realização, transcrição e análise dos dados obtidos, foi possível identificar **5 categorias principais**:

1. Experiência em Geral
2. Utilização do Sistema de Informação Clínica
3. Modelo do GOC
4. Facilitadores à alteração para o Modelo do GOC
5. Requisitos e necessidades de um novo SIC

Os resultados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas apresentam-se segundo as 5 categorias principais, divididas por subcapítulos.

As categorias e a sua enumeração encontram-se descritas no **Erro! A origem da referência não foi encontrada.**, sendo complementadas com uma citação ilustrativa de cada subcategoria (ver *Anexo 4*).

Resultados

Quadro 1 – Categorias de Análise

<i>Categoria</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Ent.1</i>	<i>Ent.2</i>	<i>Ent.3</i>	<i>Ent.4</i>	<i>Ent.5</i>	<i>Ent.6</i>	<i>Ent.7</i>
<i>Experiência Geral</i>	Exigência sentida no tratamento de pacientes com multimorbilidade	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Orientação terapêutica utilizada em consultas programadas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
	Pouco envolvimento por parte do paciente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Importância da comunicação com o paciente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Diferença de Agendas entre o profissional de saúde e o paciente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Utilização do SIC atual</i>	Conhecimento e predisposição para a utilização de TIS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Benefícios na utilização de TIS para a gestão da terapêutica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Falhas do SIC atual percebidas durante a utilização	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Consequências provocadas na gestão do plano terapêutico	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Modelo do GOC</i>	Conhecimento da existência do Modelo do GOC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Utilização atual do Modelo do GOC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Utilidade na melhoria da gestão do plano terapêutico	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Facilitadores para a adoção do Modelo do GOC</i>	Conhecer o paciente e o seu contexto extra-hospitalar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Motivar os pacientes na adesão à terapêutica	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
	Capacitação dos pacientes para autogestão da sua saúde	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓
	Valorização de medições realizadas em ambiente extra-hospitalar	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓
<i>Requisitos e Necessidades de um novo SIC</i>	Requisitos de funcionalidades essenciais	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Necessidades específicas de software	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ - Subcategoria mencionada na entrevista; ✕ - Subcategoria não mencionada na entrevista

4.2.1. Experiência em Geral

Esta categoria aborda questões acerca da percepção do processo utilizado atualmente no tratamento a pacientes com multimorbilidade pelos profissionais de saúde da USF JdP.

→ Exigência sentida no tratamento de pacientes com multimorbilidade

Confrontados com a necessidade de refletir sobre os sentimentos resultantes de lidar com pacientes com multimorbilidade, os profissionais de saúde entrevistados demonstraram uma posição favorável, uma vez que este tipo de pacientes representa a maioria das listas de utentes e da especialidade por si optada.

“É uma coisa que eu gosto imenso, porque a Medicina Geral e Familiar vai lidando cada vez mais com doentes complexos, porque são normalmente doentes que já têm uma complexidade.”

E6, L49-51

Apesar disso, a maioria refere um sentimento de cansaço, face à dificuldade exigida na estabilização e elevada frequência de acompanhamento fundamental para a elaboração de um plano terapêutico adequado ao tratamento destes pacientes.

“São doentes mais difíceis de estabilizar. Dão mais trabalho, que com uma patologia normal.”

E2, L72-73

“Dá muito trabalho (riu-se). E as pessoas- não está enraizado, digamos assim, e é difícil mudar hábitos.

E1, L478-479

“É variável, se calhar há doente que se calhar conseguimos com mais uma ou outra consulta, e, portanto, ficam com 4 anuais e conseguimos lidar. E se calhar há outros que não. Mas talvez, em média, não ultrapassa essas 3 ou 4 consultas por semestre.”

E6, L87-90

Resultados

Observaram-se ainda referências de desconforto devido à necessidade de repetição exaustiva sobre a importância do plano terapêutico e a falta de impacto e de resultados obtidos ao longo do tempo.

“(...) parece que estamos sempre a dizer as mesmas coisas. Há pessoas que nós já fazemos a consulta de diabetes há 7 anos, temos na nossa lista de diabéticos. Quando falamos em alguns pormenores dos cuidados com a alimentação, ao fim deste tempo, em que pelo menos vieram cá 2 vezes por ano, se estiveram controlados, ou mais, “Ah não posso comer pão à noite?!”. (riu-se) E que a sensação é que nós já falámos disso...”

E1, L231-236

“Porque às vezes parece que como já falámos tantas vezes naquilo... E nunca houve nenhuma mudança, parece que aquilo entra quase na rotina, não é? Falarmos naquilo é quase mais uma coisa que vão nos dizer na consulta- Mas não tem impacto (...)”

E4, L299-310

O elevado número de utentes por médico e o reduzido tempo por consulta foram razões referidas em todas as entrevistas, traduzindo uma sensação de dificuldade em lidar e gerir o plano terapêutico dos pacientes em questão.

“Agora as minhas limitações são essencialmente, com o tempo de consulta, porque eu acho que um doente crónico não são 20 minutos que nós conseguimos.”

E6, L51-53

“Se 20 minutos de consulta chega para alguns doentes e para outros não, há tarefas que não dá com nenhum.”

E1, L622-623

Resultados

“(...) o tamanho das listas de utentes, eu acho que é realmente aquilo que eu acho que limita mais. São demasiados utentes para cada um dos colegas, são listas de 1900 utentes.”

E6, L63-65

Ainda foi referida a preocupação constante pela sobrecarga de informação a transmitir aos pacientes com multimorbilidade e a dificuldade de compreensão por parte destes, num curto espaço de tempo.

“A perceção que eu tenho, às vezes, é que é demasiada informação. É que a pessoa fica assoberbada com imensa informação, que depois também é difícil de gerir em casa e dar prioridade a outras coisas.”

E3, L205-208

→ **Orientação terapêutica utilizada em consultas programadas**

Após a análise dos dados recolhidos, concluiu-se que a abordagem terapêutica adotada em cada consulta de um paciente com multimorbilidade difere consoante o paciente, o profissional e as patologias que lhe estão associadas.

Os entrevistados referem que a orientação da abordagem terapêutica nas consultas de pacientes com multimorbilidade é dirigido segundo o motivo de marcação da consulta, caso este seja explícito.

“É mediante as queixas e mediante o que eles necessitam naquela altura que eu acompanho.”

E2, L26-27

“(...) vamos ao motivo que o trouxe à consulta “O que é que o trouxe?”. ”

E5, L153-154

“(...) tento conciliar o que está mais descompensado com o que está a incomodar o utente e o que o prejudica mais na qualidade de vida.”

E5, L41-43

Resultados

Também foi referida a orientação da abordagem, tendo em conta a descompensação de determinadas patologias, priorizando a definição de objetivos e de planos terapêuticos.

“Preocupa-me mais, por exemplo, a diabetes não está tão controlada. Se calhar era importante então focarmo-nos agora um bocadinho na diabetes, tentamos fazer isto. Por etapas ou por prioridades em relação àquele doente.”

E1, L559-564

“Se não houver queixas, é o que está mais descompensado e abordo isso com prioridade.”

E3, L43-44

→ **Relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente**

A relação entre o paciente e o profissional de saúde também foi um dos aspetos abordados em todas as entrevistas, tendo em conta a sua especificidade inerente à MGF e à importância desta no estabelecimento de objetivos.

Foi possível também verificar a diferença existente entre a relação médico-paciente e a relação enfermeiro-paciente. Entre os motivos apontados destacam-se a frequência e a duração dos contactos.

“(...) conheço bem e praticamente já sei o que é que eles querem. Ou se eles necessitam de qualquer coisa vêm cá ter.”

E2, L31-33

“(...) eu acho que quando existe uma boa relação, uma relação de confiança e também de proximidade, e também nisso há outra questão que é os anos que já vamos conhecendo a pessoa. A pessoa já sabe como é que o doente funciona e o doente já sabe como é que eu funciono.”

E6, L351-355

Resultados

Em relação à enfermagem, foi também realçada a importância das visitas domiciliárias na quebra de certas barreiras e no aumento da confiança, bem como a maior disponibilidade de atendimento.

“Imagina que eu até vou a casa da pessoa. Já conheço o cão, o gato e o piriquito. (...) acompanhei os netos. (...) Nós vamos a casa e fizemos um penso. Portanto, a quantidade de vezes que nós vemos, se calhar, aquela avó- No final, quase que parece a família, não é?”

E4, L822-835

“E, portanto, eu já entrei em casa dela. Eu já vi tudo o que tinha a ver. Já não há propriamente barreiras. Vai ser mais fácil falar comigo.”

E4, L848-849

“(...) sim, pode ser mais fácil. Porque, se calhar, é mais fácil chegar até nós, não é? Se uma pessoa chegar ali [secretaria] e disser que precisa de uma consulta médica, pode ter vaga daqui a um mês, não é? Mas se uma pessoa chegar ali e disser que caiu, que tem uma ferida, vai ser vista naquele dia seguramente, não é? Portanto, também é mais fácil chegar até nós, não é? Portanto, também acho que isso facilita o poder ser mais fácil de falar connosco.”

E4, L869-877

Abordou-se ainda a possibilidade da influência da diferença entre perceções das classes profissionais dos médicos e dos enfermeiros com a facilidade de criação de uma relação e a percepção da valorização do tempo despendido entre as duas classes profissionais por parte dos utentes.

“(...) acho que deve depender um bocadinho também do próprio médico e do próprio enfermeiro. Acho que há sempre uma relação, porque nós socialmente somos vistos de maneira diferente, não é? As classes profissionais. E, portanto, se socialmente isso acontece, transversalmente a tudo, acredito que para eles também seja e nós vemos.”

E4, L794-800

Resultados

“Eles valorizam mais o tempo do médico, do que propriamente o tempo do enfermeiro.”

E4, L853-854

“Imagina que eu estou aqui, eles não sabem se tu [entrevistador] és utente, se estamos a conversar com o que quer que seja. Mas estou aqui com um utente. São capazes de vir bater à porta e dizerem-me “A Dr.ª X, Y, Z está?” e eu digo “sim, acho que sim”, “Ah, sabe, é que eu precisava de lhe fazer uma pergunta, mas não a queria incomodar.” Não é? Portanto, eles não têm problema em incomodar-nos a nós. Incomodar entre aspas, não é? Mas acabam por interromper um atendimento. Isto para eles não tem o mesmo significado que interromper um atendimento médico. Portanto, eu diria que sim, não é? Que isso vai condicionar a forma como acabamos por nos relacionar.”

E4, L801-817

→ Pouco envolvimento por parte do paciente

Foi comum verificar a consciência do reduzido envolvimento por parte do paciente no processo de gestão da terapêutica e da consciencialização do seu estado de saúde, transferindo essa responsabilidade para o profissional de saúde.

Observou-se a perceção da desvalorização por parte dos pacientes relativamente às suas patologias, bem como dos fatores de riscos que lhes estão associadas.

“Pronto, a nossa primeira dificuldade é que há umas [doenças] que o doente apesar de ter não valoriza. (...) Porque como não dá sintomas, ele até faz a medicação, ou não, mas como não tem queixas (...).”

E1, L42-47

“Nós temos dificuldade em (pausa) ou seja, em demonstrar ao doente (pausa) em mostrar-lhe a preocupação em relação a estes fatores de risco estarem controlados ou não. A maior parte das pessoas acha que como faz

Resultados

medicação está tudo bem. Para além de fazer medicação, não assume que tem que haver um controlo (...)."

E1, L141-148

"E as pessoas não veem isso como um problema. Até porque há um medicamento que controla a tensão, supostamente, então tomam um comprimido e as coisas estão resolvidas."

E1, L479-481

Relativamente à terapêutica farmacológica, foi possível identificar que para além de uma perceção geral sobre a reduzida adesão à terapêutica, farmacológica e não farmacológica, subsiste ainda um efetivo desconhecimento sobre o plano prescrito.

"A minha pergunta frequente é (...) "O que é que está a tomar? Qual é a medicação que está a tomar?". E há uma grande parte de pessoas que nem sequer me sabe dizer o nome dos medicamentos."

E1, L155-159

"E depois é a aderência do doente, às vezes, às terapêuticas e à mudança de hábitos de vida."

E2, L73-74

"(...) não aderindo, que é outra questão, é a questão da adesão..."

E6, L 92-93

A falta de responsabilidade do doente e do tomar de consciência pela sua saúde também foi possível de verificar através da transição desta para o profissional de saúde, esquartejando por especialidades.

"Portanto, isso é um grande problema que nós temos. É a pessoa ser responsável pela sua própria saúde. Muitas vezes isto é uma responsabilidade do médico. O médico é que gere, ou terceiros. E este tomar de consciência."

E1, L166-174

Resultados

“Porque ainda há muito a ideia de “o cardiologista pediu-me estas análises, estas análises são para o cardiologista”, “O médico de família pediu-me estas, estas são para o médico de família” e que são capazes de fazer análises com 3 dias de diferença porque umas são para o médico de família. Não são deles, são para o médico de família, são para o cardiologista, por exemplo.” (...) as análises não são deles, os exames não são deles. São o cardiologista pediu ou o nefrologista pediu, por exemplo.”

E1, L284-301

“(...) Se ele andar a ser seguido, por exemplo, no cardiologista, vá... o cardiologista é o responsável do coração. Não é uma responsabilidade (pausa) partilhada, sim!”

E1, L329-334

A transição total desta responsabilidade para o médico, potencia a falta de feedback por parte dos pacientes, facto que é percecionado pelos profissionais de saúde, com impacto na paragem da terapêutica e do seguimento.

“(...) mais depressa vêm cá têm queixas, nós medicamos de uma determinada forma e como não resolveu vão a outro médico, isso pode acontecer. Do que vir cá e “Olhe, aquilo que me deu não resolveu”. (...) é muito frequente isto acontecer. E eu explico várias vezes que é importante ter este feedback negativo. Porque há quase um medo de ofender o médico. (...) E este medo faz com que as pessoas não os tragam esta resposta. Mais depressa param a medicação e vão a outro lado.”

E1, L527-547

“Mas também sei daqueles que não acreditam em mim e vão a outro lado. E também me transmitem.”

E2, L180-181

Resultados

“Isto sim, e a gente às vezes, se calhar, olha, faz o diagnóstico nós, e não estamos tanto a receber o feedback da pessoa.”

E4, L85-86

→ Importância da comunicação com o paciente

Foi enfatizada a importância e necessidade da comunicação com o paciente acerca dos fatores de risco, das patologias, da necessidade de terapêutica não farmacológica e da importância da vigilância e monitorização.

“(...) eu acho que passa por tentar que as pessoas entendam que a hipertensão é uma doença que precisa de vigilância, por exemplo. E não basta fazer medicação.”

E1, L220-224

“(...) é fazê-lo ver que mudando o estilo de vida vai melhorar e muito as queixas dele.”

E2, L216-217

“(...) é eles perceberem, que efetivamente, aquilo era importante, e era importante para eles adotarem novos estilos de vida.”

E4, L281-282

“Eu podia ter tido outra vez ao reforçar a questão da alimentação, porque até tinha sido esse o caminho (...)”

E4, L455-456

A percepção de que a “passagem da mensagem” não está a decorrer de forma correta e eficaz.

“(...) a sensação é que nós já falámos disso... Portanto a mensagem não está a chegar! Não é só um problema dele, é um problema essencialmente nosso que não estamos a conseguir (...).”

E1, L236-242

Resultados

“É: como é que nós, efetivamente, conseguimos mudar os estilos de vida? Porque a informação eles até têm, mas não está a funcionar.”

E4, L333-335

→ Diferença de Agendas entre o profissional de saúde e o paciente

Verificou-se o reforço da percepção durante as consultas relativamente às diferenças evidentes entre as agendas dos profissionais e as dos pacientes com multimorbilidade.

“Portanto, a nossa agenda muitas vezes é diferente da agenda do doente.”

E1, L 91-92

“Normalmente, existe aquela questão de a agenda do doente acertar com a agenda do médico, e isso nem sempre é fácil.”

E6, L53-55

“E que se calhar para nós, o cerne da questão vai ser a diabetes, mas para a pessoa (...) não é o cerne da questão, ela nem está muito preocupada com isso, não é?”

E4, L62-64

Os profissionais definem a sua agenda tendo em conta a avaliação clínica: análise das patologias do doente, dos exames complementares, do plano terapêutico e medição de certos parâmetros.

“(...) passar um guia terapêutico, por exemplo, e pedir os exames, e fazer isso tudo. Ah, no meio ainda, ainda me falta dizer, avaliar os exames complementares que ele me traz.”

E3, L118-122

“(...) fazer uma avaliação de todos os outros fatores: perceber se a tensão está controlada, (...) se está tudo controlado. (...) E no mesmo tempo de

Resultados

consulta, temos que perceber em que ponto é que estão as patologias de base do doente.”

E1, L89-96

“(...) também fazemos a parte que temos que fazer, em termos de rotinas, de medir a tensão...”

E5, L157-158

Salientam ainda a necessidade de reforçar a importância da prevenção a longo-prazo, bem como o cumprimento de tarefas administrativas, nomeadamente o preenchimento de dados e marcação de consultas.

“(...) encaixar na nossa agenda que tem que ver com a prevenção a longo-prazo tendo em conta o controlo, ou não, das doenças que tem de base.”

E1, L65-67

“(...) perceber se (...) tem consulta agendada de diabetes, ou se já teve, se está tudo controlado.”

E1, L90-91

“(...) depois também tenho a minha parte, que são os tais alertas que eu tenho de preencher (...)”

E5, L154-155

Já a perceção que têm sobre os pacientes traduz-se sucintamente em que a sua agenda se baseia em queixas sintomáticas, pedidos de prescrição de exames e redução do nº de comprimidos.

“Por exemplo, um doente hipertenso e diabético, por exemplo. E com colesterol alto, com dislipidémia e excesso de peso, pronto. Vem cá

Resultados

queixar-se porque lhe dói o joelho. Portanto, o motivo da marcação da consulta, para ele, foi a dor de joelho.”

E1, L77-81

“Também se não há patologias, se é mais só rotina, é mais difícil convencer a vir cá.”

E2, L92-93

“(...) muitas coisas que eles pedem, realmente é a simplificação da toma “Ai são tantos!” “Deixe-me lá tentar fazer com menos” (...)”

E6, L44-45

“Mas sim, tentam sempre de uma forma “Não dá aqui para aligeirar um ou outro?” “Está bem, vamos ver””

E6, L463-464

“(...) vem mostrar análises, ou vem pedir análises”

E1, L125

Refletiu-se, ainda, relativamente à importância da predisposição do paciente para a eficácia do plano terapêutico e a permeabilidade do processo de negociação durante a consulta.

“(...) já está mais predisposto a ouvir-nos sobre isso, não é?! E vem com a expectativa de saber se a diabetes está controlada, se não está, se as coisas estão bem, ou não (...)”

E1, L117-122

“Se ele já vem cá e só quer ouvir se está controlado ou não está controlado e de resto depois desligam? Apagam? Estão aqui só porque querem a medicação e levam a medicação.”

E1, L243-247

Resultados

“São pouco permeáveis ou quando a pessoa tenta sugerir uma coisa nunca dá, são pessoas mais negativas, são aqueles que são, no fundo, são aqueles que a pessoa tem dificuldade em estabelecer esta relação e tem dificuldade em mostrar o que podem ser os ganhos e a melhoria na qualidade de vida, porque é uma pessoa que está muito presa às suas convicções ou muito negativa, com dificuldade.”

E5, L67-72

“Ah, eles dizem logo: “Não negociável!”. Tenho uns que me dizem logo “Não isso não vai dar, isso eu gosto muito de comer as minhas coisinhas” (...) Às vezes a resposta é essa. “Ai isso não, isso eu não vou abdicar! pronto, pronto, isso eu vou tomar.””

E6, L471-476

4.2.2. Utilização dos Sistemas de Informação de Clínica

Esta categoria inclui a perspetiva dos profissionais de saúde relativamente à predisposição para a utilização de TIS, às falhas do SIC atual percecionadas durante a sua utilização e ainda às suas consequências na gestão do plano terapêutico a pacientes com multimorbilidade.

→ Conhecimento e predisposição para a utilização de TIS

Todos os profissionais entrevistados confirmaram ter conhecimento da existência das TIS apresentadas sobre as mais diversas formas: aplicações para dispositivos móveis, registos de saúde eletrónicos, prescrição de medicação eletrónica...

“(...) existem muitas ferramentas, que já existem, há os contadores de passos dos telemóveis e isso tudo...”

E1, L256-257

“(...) até acho que já existe. Porque há doentes que já vi com aplicações que medem a tensão e registam no telemóvel, ou eventualmente a glicémica, também já vem (...)”

E3, L233-235

Resultados

“O utente crónico pode-se deslocar para o norte, para o sul, ou para o este ou oeste, ou sair de férias, e basta o telefone e a receita chega-lhe lá. A receita crónica, normalmente.”

E2, L63-65

E ainda demonstram a sua disponibilidade e abertura para a utilização e integração das novas TIS no processo de gestão da terapêutica em pacientes com multimorbilidade, referindo, contudo, a adequação à idade, como um fator importante a ter em conta.

“Sim. É assim, tem ajudado para os mais jovens, não é? Até ajuda para as famílias. (...) Mas os idosos não conseguem utilizar isto de uma forma intuitiva, não é? Portanto, ajuda...”

E4, L152-162

“As receitas sem papel são ótimas, mas para as pessoas jovens. Os utentes mais velhos ainda não. Acho que precisam do papel, não mexem bem no telemóvel.”

E3, L65-67

“Acho que sim, que poderá passar por aí. Não entendendo a falar para todos. Mas (...) em pessoas a partir dos 40 e 50 anos, que já estão mais adaptados às novas tecnologias, não é? Praticamente todos- Poderiam ser uma boa opção (...)”

E1, L250-256

→ Benefícios na utilização de TIS para a gestão da terapêutica

Foram mencionados os inúmeros benefícios proporcionados pelas novas TIS na gestão do processo terapêutico do paciente com multimorbilidade. Como principal benefício das TIS é apontada a melhoria da perceção dos dados clínicos dos pacientes fora do contexto da USF JdP, bem como um auxiliar em todo o processo.

Resultados

“(...) no fundo, o importante nisto tudo é a pessoa que temos à frente. Isto tem que ser só um auxiliar para a pessoa que temos à nossa frente.”

E2, L265-266

“Em termos de histórico, sim. Eu agora consigo aceder a tudo o que teve prescrito. Ajuda muito a saber se for prescrito alguma coisa noutra hospital, noutra centro. E ajuda-me ver aquilo que a pessoa já dispensou na farmácia. Se está efetivamente com a medicação em casa ou não. Se já acabou há seis meses e na verdade ainda não veio renovar. Pronto, nisso foi bom. A adesão à terapêutica sim. Provavelmente, conseguimos tirar algumas pistas sobre isso.”

E3, L70-81

Outros motivos abordados referem-se à melhoria da gestão e utilização dos recursos.

“Porque em termos de poupança para todos nós e do estado seria brutal.”

E1, L284

“É evidente que já não há aquela coisa de guardar os ficheiros que nunca mais acabavam. (...) é muito mais fácil o arquivo a guarda e às vezes até a pesquisas de coisas.”

E2, 47-55

“Nós conseguimos falar com o médico, o médico consegue passar via SMS e quando a pessoa chega... Já tem a receita, não é? Portanto, é não andar para trás e para a frente. Portanto, para mim é uma grande mais valia.”

E4, L173-181

→ Falhas do SIC atual percecionadas durante a utilização

Apesar de todos os benefícios atrás apontados, foram evidenciadas determinadas falhas das TIS como fatores cruciais na sua dificuldade de aplicação. Desde falhas no design do próprio SIC, bem como na sua utilização.

Resultados

As falhas mencionadas no design incluem a falta de articulação com o SIC do profissional de saúde, a reduzida intercomunicação entre os próprios SIC das diferentes especialidades.

“Agora, se isso tivesse articulado connosco, (pausa) poderia ser uma mais valia.”

E1, L257-258

“(...) era bom que isso comunicasse automaticamente com o nosso programa informático.”

E3, L235-236

“(...) outra coisa que pode, digamos assim, deturpar só é que nós não temos acesso àquilo que a enfermeira faz na consulta. (...) Mas também era importante que nós víssemos a informação da enfermagem quando passa para a nossa parte.”

E6, L216-223

“A comunicação... acho que isto é um trabalho de equipa, não é? Quanto melhor uma equipa estiver afinada, melhor se conhecer, mais comunicar, tudo funciona de uma forma mais fluída, não é?”

E4, L925-930

“(...) se o médico tiver prescrito, nós conseguimos ir ver as prescrições. Mas, imagina, se houve uma prescrição de há 6 meses e, efetivamente, já não está a fazer, nós não conseguimos ver isso. Portanto, não sabemos se há alterações, o porquê que foi alterado”

E4, L105-111

Foi também referida uma padronização excessiva no decurso do registo de informação, refletindo-se em perdas da mesma.

“E eu identifiquei-as e, por algum acaso, esqueci-me de comentar isso com a médica, porque era uma coisa para mim “minor”. Se calhar não era, mas... (...) Pronto, e, portanto, não conversámos sobre isso. Não ficou

Resultados

escrito. Quando vai à consulta, eles não têm como saber que eu identifiquei. Portanto, ou volta a identificar e é preciso que haja novamente abertura para isso acontecer ou então vai ficar no esquecimento até voltar a mim, não é?”

E4, L430-442

“E é clique, clique, clique, clique, clique. Pronto, e o que vai contar é o clique que eu lá pus, não é?”

E4, L539-541

“(...) o que vai contar para aquilo que eu fiz é chegar ao mapa e clicar nas intervenções. São intervenções que estão já estabelecidas, são aquelas que estão estabelecidas para aquele diagnóstico. Portanto, se eu não quiser levantar aquele diagnóstico e quiser por aquela intervenção, é um filme para ir buscar a intervenção. Porque eles não associaram aquela intervenção a outro diagnóstico que eu achava que fazia sentido, por exemplo.”

E4, L601-612

“Mas está tudo tabelado e não é flexível (...)”

E5, L123

Em termos de utilização, a exigência de tempo necessário e o elevado número de programas paralelos necessários, aliados às constantes falhas, resumem os motivos apontados para a má percepção do SIC atual da USF JdP.

“(...) com tantos cliques que nós temos que dar de um lado e de outro, também se calhar prestamos menos atenção ao utente. O tempo que temos com o utente a maior parte é passada a olhar para o computador. Praticamente tira-nos o olhar para o utente.”

E2, L55-59

Resultados

“Isto é um tempo de consulta estúpido e é um tempo de consulta, desculpe lá, que eu em vez de estar a olhar para o doente, estou a olhar para o computador.”

E5, L179-181

“(...) porque o próprio sistema também é um sistema altamente lento nem que seja só para fazer a consulta, quanto mais eu aceder um outro sistema à distância. Aquelas coisas que mal seguram a informação que têm, outras vezes vai abaixo, quanto mais o resto.”

E6, L190-193

“(...) depois há o programa do SClinico e depois é os montes de programas paralelos que há a estes. Para mandares para o hospital, depois abres outro programa. E para fazeres um transporte, abres outro programa. São montes de programas.”

E2, L252-255

“O sistema não falhar tantas vezes, que é outra coisa. (...) Mas um facto é que em mais de metade dos dias o sistema está em baixo.”

E6, L169-176

→ Consequências provocadas na gestão do plano terapêutico

A perceção de falhas, levou ainda à identificação de consequências no processo de gestão da utilização do tempo durante a consulta e do plano terapêutico de pacientes com multimorbilidade.

Como medidas de melhoria foram mencionadas a automatização de valores e parâmetros, reduzindo-se assim o tempo despendido em processos que poderiam ser otimizados, bem como a racionalização na utilização de recursos.

“Se calhar tínhamos mais tempo com o utente, para falar com o utente. Era tudo muito mais rápido e tínhamos mais tempo para dispensar para o utente.”

E2, L263-264

Resultados

“E em vez de estar tanto tempo a olhar para o computador e a registar tudo no computador, trabalhava melhor a comunicação e passava mais tempo a comunicar, e de forma mais eficaz até, com as pessoas.”

E3, L250-253

“É uma gestão que nós fazemos diariamente. Acho que no tempo que temos podemos rentabilizar muito mais se houvesse nomeadamente administrativas que nós não teríamos que fazer.”

E1, L619-621

“O que eu acho que acontece muitas vezes é a repetição de exames, às vezes. Isso ajudava a gerir a parte dos nossos recursos. Isso era ótimo, aparecer já tudo. Então, e se viesse já com a tensão medida, peso feito, essas coisas todas... O maior tempo que eu perco agora, e que não é otimizado, é passar exames para o computador.”

E3, L162-166

Contudo, as falhas identificadas levaram a que a dificuldade de gestão do tempo a consulta aumentasse.

“(..) perco imenso tempo nisso, e acho que podia ser um tempo que podia estar a utilizar para conversar com o doente e para avaliar as queixas e para otimizar a terapêutica (...)”

E3, L95-97

“(...) era menos tempo que eu estava a perder a olhar para o computador, para perceber o que é que se estava a passar e mais tempo que eu estava para estar com as pessoas (...)”

E4, L680-682

4.2.3. Modelo do GOC

Esta categoria aborda o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do Modelo do GOC, tendo em conta a sua existência, prática e utilidade para a melhoria da gestão da terapêutica em pacientes com multimorbilidade.

→ Conhecimento da existência do Modelo do GOC

Quando questionados diretamente, foi possível verificar que todos os entrevistados não tinham conhecimento prévio do Modelo do GOC.

“Não sei, não sei como é que é o GOC...”

E2, L126

“Não, quer dizer, conheço daquilo que me apresentou, mas não...”

E1, L439-442

→ Utilização atual do Modelo do GOC

Contudo, contrariamente ao que era de esperar, os profissionais entrevistados referiram que já aplicavam, ainda que de certa forma, o Modelo do GOC durante a gestão do plano terapêutico dos seus pacientes com multimorbilidade.

“Não sei, se calhar posso fazê-lo em algumas coisas. Tentamos estabelecer objetivos.”

E1, L553-557

“(...) pelo que estou a perceber, nós também já fazemos um bocadinho orientado para também para os objetivos da pessoa.”

E3, L289-290

“Talvez não tão diretamente como isso (...)”

E2, L149-150

Apesar de já ser posto em prática, é referido que este processo ainda necessita de ser otimizado.

“Este modelo é o que nós fazemos, é o conceito que está por base da Medicina Geral e Familiar. Portanto existe, agora como é que nós conseguimos fazer-lo em todas as consultas? Se calhar não.”

E1, L589-591

Resultados

“Eu acho que a gente tenta. Eu tento. Seguramente devo falhar muitas vezes.”

E4, L513-514

“Conseguimos fazer, eu acho é que devia ser otimizado.”

E3, L290-292

→ Utilidade na melhoria da gestão do plano terapêutico

Após explicado o conceito do Modelo do GOC, consoante a especialidade do entrevistado, foram referidas determinadas vantagens na sua aplicação no tratamento em pacientes de multimorbilidade.

“(…) uma ferramenta que nos dissesse o que é que o doente acha que é importante para ele naquela altura, talvez se ajudasse para o doente ver “O que é que eu quero melhorar e o que é para mim, doente, melhorar a qualidade de vida”. Talvez isso ajuda à pessoa ter indicações para que terapêuticas e o que é que melhor para o doente. O que é que o doente espera mais de nós.”

E2, L118-123

“(…) para nós percebermos quando o doente acha que não está controlado. Porque quando ele acha que alguma coisa não está bem, com certeza que tem um motivo. É uma pessoa inteligente e que percebe minimamente que as coisas não estão bem e de alguma forma haver uma sinalização, ou pelo menos ter um contacto que possa ser ou através do médico, ou da enfermeira, e perceber o que é que se está a passar.”

E6, L279-285

“Pronto, e haver essas coisas assim que eles pudessem colocar.”

E4, L748

4.2.4. Fatores facilitadores e/ou barreiras à alteração para o Modelo do GOC

Esta categoria identifica os fatores facilitadores e barreiras, percebidos pelos profissionais de saúde da USF JdP, para a adoção do Modelo do GOC na gestão da terapêutica a pacientes com multimorbilidade.

→ Conhecer o paciente e o seu contexto extra-hospitalar

Segundo a opinião dos profissionais entrevistados, o Modelo do GOC irá melhorar a percepção da importância do contexto social, familiar, económico e comportamental dos pacientes para facilitar o processo de gestão da terapêutica.

“(...) primeiro temos que ver como é que é a pessoa que temos à frente, porque logo aí percebemos se eu posso fazer um esquema terapêutico em que posso distribuir a medicação ao longo do dia, se é uma pessoa que em termos de medicamentos vai aderir muito pouco e então tento usar medicamentos que tenham mais do que um princípio ativo juntos, portanto diminuo o nº de comprimidos. Percebo que como é que é essa pessoa em termos de mudanças na alimentação. Como é que é em termos de exercício físico, porque há pessoas que eu posso dizer “Olhe vá andar uma hora por dia” e há outros que se calhar se andarem 20 minutos ou pelo menos saírem de casa, já é um ganho. Aí é um bocadinho ter a noção de quem temos à frente e ir adaptando. Como é que é a casa? Tem escadas, não tem escadas? Como é que sai? Tem elevador? Que apoios é que tem? Tem filhos que estejam atentos e deem apoio? Tem cuidador? Tem um vizinho que é mais simpático e que tem ali um convívio de sair? Depende muito de quem é que temos à frente, temos que adaptar. Acho que isto vem, que é esta coisa de podermos adaptar a cada um, é um benefício da nossa especialidade. Porque não vemos o doente só pontualmente e vamos conhecendo qual é a rede de contactos que existem, que ajudas é que podemos ter.”

E5, L20-37

“(...) realmente a pessoa tende-se a focar muito na doença, mas não é só a questão da doença. É o doente com aquela doença, é um doente que tem

Resultados

família, que se calhar está longe e do ponto de vista social às vezes também é necessário ativar uns certos mecanismos (...)”

E6, L124-127

“(...) e havendo alguma coisa existe uma pessoa de referência que tem a primazia, porque conhece o histórico daquele doente, conhece o histórico da família e sabe como é que aquela pessoa se comporta quando tem uma situação, digamos assim, seja de stress físico ou psicológico. Portanto, nisso eu acho que o médico de família está mais à frente nesse sentido (...)”

E6, L383-387

→ **Motivar os pacientes na adesão à terapêutica**

Observou-se também a reflexão sobre a utilidade em adotar o Modelo do GOC nos fatores facilitadores para o aumento da adesão à terapêutica. Com efeito, a motivação foi a estratégia mais mencionada, tendo em conta a individualidade de cada paciente e cada profissional.

“Nem todas as pessoas são ideais, mas às vezes tem que se encontrar aquilo que vai motivar aquela pessoa.”

E2, L203-204

“(...) até podia ter mais tempo para a parte da entrevista motivacional. Perguntar “Que dificuldades é que tem em fazer aquilo que nós dissemos e que combinámos fazer da última vez? Que vantagens é que vê nisto? Que desvantagens vê nisto?” (...)”

E3, L253-256

“(...) acho que depois disso também ajuda. Eles gostam de cá vir, gostam de ser elogiados quando as coisas melhoram, quando percebemos que temos uma doença mais controlada. Isso depois são os pequenos reforços positivos que também a relação vai sofrendo e aí a confiança também vai aumentando.”

E5, L49-53

Resultados

“No fundo é perceber essa motivação que está por trás dele.”

E6, L110-11

→ Capacitação dos pacientes para autogestão da sua saúde

Após a análise dos dados, foi possível constatar a importância da capacitação e educação do paciente para as suas patologias, de forma a aumentar a sua responsabilização e de o envolver mais no processo de decisão do seu plano terapêutico.

“É uma questão de educação do doente, acho que não há outra. É a educação do doente, e o doente sentir que a terapêutica lhe traz qualquer coisa. Que melhora a qualidade de vida.”

E2, L107-109

“Mas da parte dos doentes, acho que sim, um bom trabalho de casa, a pessoa também preocupar-se para motivar-se para ter saúde, também é uma coisa importante.”

E6, L330-332

“(…) dar um certo empowerment ao doente. E mesmo a questão do “Um pinga no nariz não venha logo. Tente ver se tem febre, faz um paracetamol”, porque isso não é desresponsabilizar o médico de todo, isso é envolver a pessoa de uma forma ativa, a cuidar da sua saúde, a proteger-se da doença e perceber os sinais de alarme que o devem trazer, ou não.”

E6, L346-351

→ Valorização de medições realizadas em ambiente hospitalar

A perceção da desvalorização de medições realizadas em ambiente hospitalar foi mencionada diversas vezes, pelo que a implementação do Modelo do GOC poderia ter um papel importante na autovigilância da saúde dos pacientes.

“Porque muitas vezes aqui, então agora como me estão a conhecer vêm mais nervosos, vêm mais ansiosos e a tensão fica um pouco mais

Resultados

descontrolada. Vão para casa, veem como é que a tensão está em casa, e está ótima em casa!”

E3, L220-223

“Até porque, cada vez mais, se percebe que os doentes aqui têm a tensão normalmente muito mais alta no ambiente da consulta do que em casa. Aliás o que nós pedimos é “Como é que está a sua tensão em casa?” eu valorizo mais essa do que aquela que eu agarro aqui.”

E5, L301-304

4.2.5. Requisitos e necessidades de um novo SIC

Por fim, esta categoria aborda os requisitos e necessidades, percecionados pelos profissionais de saúde da USF JdP, de um novo SIC mais adequado ao contexto da Unidade de Saúde e do método de trabalho dos seus profissionais.

→ Requisitos de funcionalidades essenciais

As funcionalidades mencionadas para um novo SIC mais adequado à implementação do Modelo do GOC na USF JdP são focadas na emissão de alertas e de uma atualização mais eficaz da informação.

Os alertas de interações farmacológicas, de alterações nos valores, considerados esperados, das medições de certos parâmetros (glicose, tensão, etc.) são os mais mencionados pelos profissionais de saúde da USF JdP.

“(…) era os alertas das alergias. Imagine, se eu passasse um medicamento que a pessoa é alérgica devia-me aparecer logo um alerta a vermelho, uma interação medicamentosa. Se eu passasse na mesma receita devia-me aparecer este medicamento interage com este, atenção a isto que quer fazer.”

E3, L296-300

“(…) acho que isso com certeza que ajudava, seja do ponto de vista laboratorial ou dos exames já virem, digamos assim, preparados e já

Resultados

virem sinalizadas as alterações, para depois nós otimizarmos e agendarmos também a consulta.”

E6, L298-300

“(...) os exames ajudavam, temos uma forma de saber como é que andam as tensões em casa do doente, se por email nos aparecer uma chamadinha de atenção “Olhe, teve mais do que dois valores seguidos, mas ainda não entrou em contacto” (...)”

E6, L366-369

A atualização mais frequente e eficaz dos dados dos pacientes é algo que é percecionado como essencial e necessário para a melhoria da gestão do plano terapêutico de pacientes com multimorbilidade através da utilização de um SIC.

“No fundo é se houver coisas que nós perdemos tempo na consulta, como registo de exames e atualizações de medicação e se isso nos for facultado de uma forma mais expressa, por exemplo, as medições dos doentes quando nós pedimos para medir a tensão em casa e até nos trazem os registos se isso já nos aparecer aqui, obviamente que isso nos dá mais tempo para usarmos de outra forma com o doente.”

E1, L597-602

“É muita informação, mas estas prioritárias, alergias, alterações de terapêutica, ou novos diagnósticos, isso passar automaticamente.”

E3, L318-319

“(...) se houvesse uma rede, no fundo o doente vem cá, mas os resultados já lá estão postos, isso era espetacular.”

E5, L266-268

“(...) ajudava muito os doentes virem já com os exames na plataforma eu acho que é uma coisa que já se fala, mas ainda não está... Porque quer dizer, relatórios de TAC, ainda ontem me aconteceu, duas páginas eu não tenho, são os tais 20 minutos a passar uma TAC. Portanto, é tirar fotocópia, falamos com o doente, e guardo no final de consulta, temos o

Resultados

tempo de gestão de consulta que utilizamos. Mas também há outra coisa, é se o relatório já viesse inserido e viesse um alerta que houvesse alterações, isso também me iria ajudar porque automaticamente quando eu vou preparar a consulta sei que temos 2 coisas fundamentais, que a gente pode falar de tudo o resto mas que não pode sair daqui sem ter esta orientação.”

E6, L288-297

→ Necessidades específicas de utilização do Sistema de Informação

No que respeita a necessidades, os entrevistados identificaram diversas características necessárias para o bom funcionamento do sistema de informação, nomeadamente a centralização dos processos no paciente e a melhoria da comunicação entre as equipas de profissionais.

“Mas acho que se nós os dois estivermos alinhados, se o médico e o enfermeiro estiverem alinhados, sim. (...) A minha sensação é que se nós estivermos os dois grupos alinhados temos um impacto muito grande.”

E4, L913-916

“Eu acho que é uniformizar o processo do doente, não... Porque se ele é seguido no particular, se ele é seguido no hospital X ou no hospital Y, ou vem aqui ao centro de saúde, os exames são daquela pessoa. Portanto, se isso estivesse uniformizado nele, centralizado nele, eu acedendo (pausa) a esse ficheiro clínico do doente teria acesso a tudo o que fosse realizado por aquele doente nos últimos meses ou nos últimos anos, não interessa.”

E1, L377-384

“Sobretudo, e eu acho que é isto, centrar o processo não no SClinico, nem no programa do hospital, mas no doente.”

E1, L627-628

4.3. Resultados de Análise do Grupo Focal

No grupo focal os profissionais de saúde validaram os resultados apresentados e enfatizaram a importância de aspetos relacionados com o acesso à informação clínica,

a importância da literacia em saúde, as dificuldades percecionadas na gestão terapêutica do paciente com multimorbilidade e a reduzida adesão dos mesmos à terapêutica (farmacológica e não farmacológica).

4.3.1. Acesso à Informação Clínica

Com base na perceção individual da centralização e da responsabilização dos pacientes pela sua saúde, os profissionais mencionaram a importância do acesso à informação clínica.

→ Acesso à informação por parte dos pacientes

A atualização da medicação deve ser uma responsabilidade partilhada e realizada pelos próprios doentes. Foi mencionada a falha da Prescrição Eletrónica de Medicamentos (PEM) existente atualmente e que tem grande influência na desresponsabilização do paciente na gestão da sua saúde percecionada pelos profissionais de saúde.

→ Acesso à informação por parte dos Profissionais de Saúde

A necessidade da informação da tipologia do fármaco levantado na farmácia foi mencionada como essencial por parte do profissional de saúde. Os motivos abordados incluem as diferenças existentes dos excipientes no revestimento ou de açúcares adicionados, entre os fármacos genéricos e os de marca, podendo ter efeitos negativos em doentes com patologias específicas (diabéticos, intolerantes à lactose, etc.).

A possibilidade de o profissional de saúde ter disponível para mostrar ao doente uma imagem da caixa levantada da farmácia é mencionada como útil para confirmação e combate do seu desconhecimento com o doente.

4.3.2. Literacia em Saúde

A literacia do doente foi mencionada como fator essencial para a eficácia da responsabilização do próprio paciente para a sua saúde. A grande disponibilidade de informação desencadeada pela inovação da tecnologia e a descontextualização da sua condição individual foram motivos abordados.

→ Disponibilização e descontextualização da informação adquirida

O aparecimento de nova tecnologia e o seu acesso pelos pacientes novos meios de comunicação é percecionada como sendo uma via positiva, não obstante apresentar também determinadas desvantagens. A expressão “*Google It*” e as informações fornecidas por diversas fontes (televisão, anúncios, etc.), de forma descontextualizada à condição individual do paciente, tem uma elevada influência no poder de decisão do mesmo e no estabelecimento da relação de confiança profissional de saúde-paciente.

4.3.3. Processo de Gestão da Terapêutica

O processo de gestão da terapêutica por parte dos pacientes e dos profissionais de saúde foi mencionado pela existência de falhas, como a má gestão de tempo de consulta, bem como da padronização excessiva dos SIC.

→ Gestão de Tempo durante a consulta com pacientes com multimorbilidade

Foi novamente enfatizada a morosidade das tarefas realizadas durante a consulta, nomeadamente a prescrição de exames complementares para o SIC. Também, em grupo, constaram a elevada repetição de exames e análises prescritos por diferentes profissionais e especialidades ao mesmo doente, para avaliação dos mesmos parâmetros.

→ Personalização necessária do SIC

A influência da tecnologia nos processos de gestão da terapêutica em pacientes com multimorbilidade é demasiada elevada para a individualização necessária, percecionada pelos profissionais de saúde. Assim, a ênfase de que o SIC deve apenas auxiliar os processos como técnica de otimização foi reiterada pelos profissionais de saúde, bem como a edição que deve ter em conta a perspetiva individual de cada utilizador (profissional e paciente).

4.3.4. Adesão à Terapêutica por parte do Paciente

A importância do contacto humano foi tida em conta como fator primordial para uma melhoria da eficácia da capacitação do paciente com multimorbilidade.

→ **Aumento da Comunicação com o paciente durante a consulta**

Reiterou-se a única utilidade dos SIC, tendo em conta a perspectiva dos profissionais de saúde, como ferramenta de otimização do processo de gestão do tempo de consulta para utilização na comunicação e a melhoria da relação profissional de saúde-paciente.

→ **Comunicação eficaz com o paciente com multimorbilidade**

A comunicação com o paciente tem que ter por base a capacitação do mesmo e a ênfase de que as TIS não devem ser vistas como uma ferramenta de aumento da vigilância, controlo e monitorização do mesmo, mas sim de motivação e melhoria da qualidade de vida.

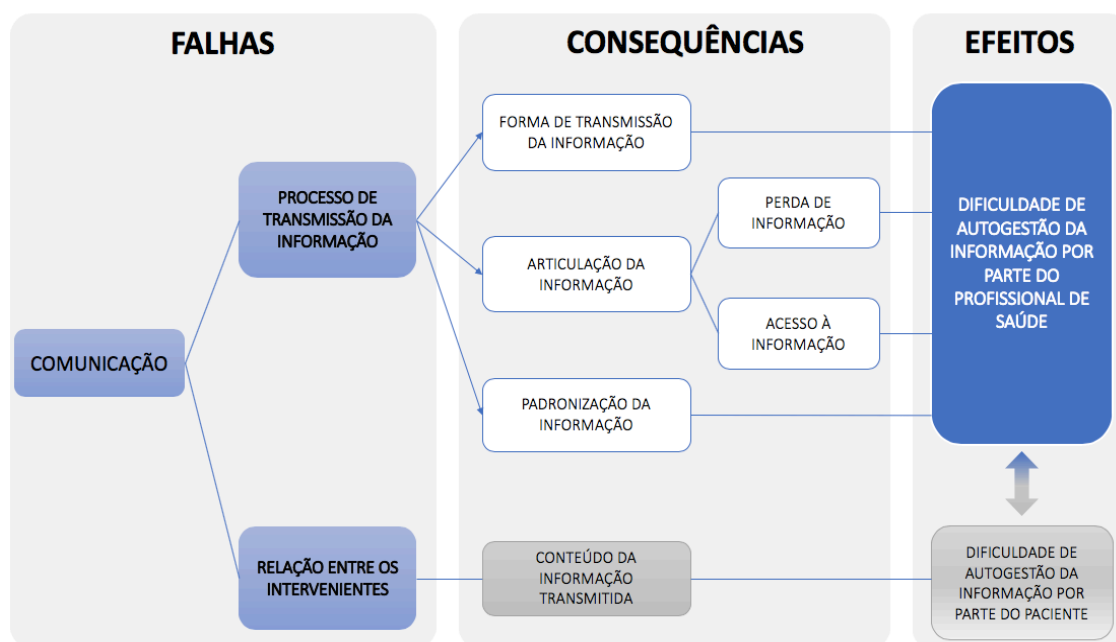
5. Discussão e Conclusões

5.1. Discussão dos Resultados

A dependência e evolução que as TIS trouxeram ao campo da interação entre pessoas, sistemas e informação são determinantes no impacto causado pelas suas falhas (76). Como mencionado anteriormente, reitera-se a importância da participação dos próprios utilizadores no seu design e implementação, para a adequação das mesmas ao contexto específico da USF JdP, tanto pelos profissionais, como também dos seus pacientes com multimorbilidade.

Apesar de não estar prevista, a análise dos resultados apresentados no capítulo anterior permitiu obter uma imagem mais clara acerca da perceção dos profissionais de saúde.

Durante a investigação foram identificadas falhas, consequências e efeitos que prejudicam o tratamento de pacientes com multimorbilidade. Apesar de não serem referidas como tal, foi possível identificar que todas as dificuldades percebidas na USF JdP podem ser justificadas pela existência de uma falha no processo de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente (**Quadro 2**).



Quadro 2 – Diagrama das falhas, consequências e efeitos encontrados no processo de tratamento de pacientes com multimorbilidade, na perspetiva dos profissionais de saúde da USF JdP

Face ao exposto, a discussão dos resultados será apresentada tendo em conta a análise do **Quadro 2**, e com o enquadramento dos objetivos específicos previamente definidos.

5.1.1. Processo de Transmissão da Informação

O processo de transmissão da informação é uma sequência de acontecimentos entre dois intervenientes (um emissor e um recetor) (209). As falhas de comunicação (processos de bloqueio da transmissão da informação em saúde) têm consequências no funcionamento da USF, bem como na gestão terapêutica, sendo transversal a qualquer especialidade (210). As consequências acima mencionadas evidenciam-se através de diferentes formas e conceitos, as quais são percecionadas pelos profissionais de saúde e pelos pacientes, como: o tempo, as dificuldades, sentimentos ou barreiras (166). Tudo isto são efeitos posteriores devido a bloqueios de informação, justificando a necessidade de identificação dos mesmos.

Com a integração das TIS nos processos de comunicação, a probabilidade de ocorrência de erros ou falhas aumenta, pondo em causa a segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado (166). Estes fatores ganham uma posição de destaque uma vez que se relacionam com o grau de insatisfação dos doentes e com grande parte das queixas apresentadas (166). Torna-se assim urgente o seu estudo, com o objetivo de otimizar as TIS e os SIC para a sua prevenção, com base em evidências (211,212).

No decurso da investigação realizada, foi possível identificar que, na USF JdP, a transmissão de informação de gestão terapêutica de pacientes com multimorbilidade ocorre entre 3 “domínios” (**Figura 5**):

- Paciente com multimorbilidade (P)
- Médico de MGF (M)
- Enfermeiro (E)

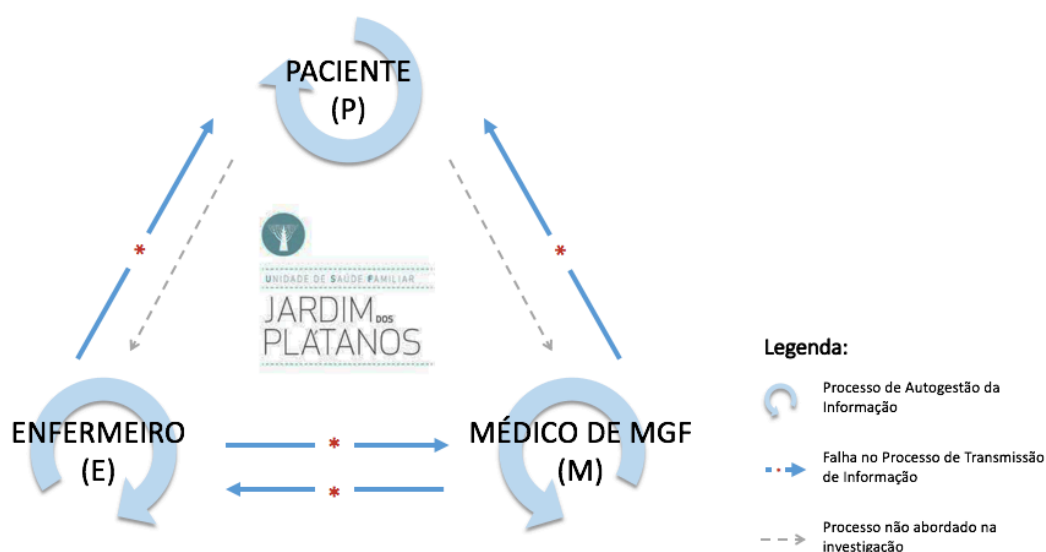


Figura 5 - Processo de transmissão de informação para a gestão terapêutica de um paciente com multimorbilidade na USF JdP

5.1.2. Relação entre profissional-paciente com multimorbilidade

Para a transmissão de informação, a relação estabelecida entre os dois intervenientes é um fator primordial a ter em conta na sua análise (213–215).

Como se pode observar pelo **Quadro 2**, o processo de transmissão de informação, na USF JdP, encontra-se diretamente relacionado com a relação entre o profissional de saúde e o paciente. Como tal, houve a necessidade de se integrar este aspeto na discussão dos resultados desta dissertação.

Um paciente com multimorbilidade necessita de cuidados multidisciplinares, integrados e coordenados, sendo que o papel da comunicação e da relação entre profissionais de saúde e paciente é bastante estudado na adesão terapêutica (216), no estabelecimento e na prevenção de erros de diagnóstico (217), na prescrição de exames e nos tratamentos (166). O estreitamento de uma relação médico-paciente estabelece-se tendo por base a confiança, o conhecimento, a consideração e a lealdade (218). Tais fatores, representam um forte contributo na qualidade da consulta, facilitando consideravelmente a compreensão das recomendações médicas prestadas e no aumento da adesão à terapêutica prescrita (166,219).

De natureza diferente, todas as relações e interações são percecionadas de forma específica e tendo em conta a especialidade do profissional questionado.

Estudos realizados confirmam a elevada influência que uma boa relação paciente-médico de MGF tem na melhoria da satisfação do paciente (220), podendo ser promovida através da continuidade, e garantia da comunicação, da prestação de cuidados de saúde e da qualidade das consultas (218).

Na USF JdP, os profissionais de saúde percecionam a existência de uma relação favorável com os pacientes com multimorbilidade. Esta afirmação foi justificada pela longevidade da relação paciente-profissional de saúde, a necessidade de uma assistência mais frequente, aliado ao tratamento do restante agregado familiar.

Por outro lado, verifica-se, por parte dos profissionais de saúde da USF JdP, a perceção de uma evidente diferença entre o tipo de relação existente entre o paciente e o médico e entre o paciente e o enfermeiro, a qual pode ser justificada pelos seguintes fatores:

A maior disponibilidade de atendimento por parte do enfermeiro, leva os utentes a valorizar de forma diferente o tempo dispensado no seu acompanhamento pelas duas classes profissionais. Por outro lado, as visitas domiciliárias servem como ponto de entrada para um estreitamento na relação com o paciente, quebrando barreiras e aumentando a confiança. Contudo, ainda são necessários estudos da perspetiva dos próprios pacientes para confirmar tal análise.

A relação existente entre o profissional de saúde e o paciente, afigura-se fundamental no modo como o paciente assimila e aceita a informação recebida (221). Por outro lado uma comunicação deficiente em aspetos críticos, como a explicação detalhada da posologia ou sobre os efeitos secundários que poderão ocorrer, reflete-se consideravelmente no aumento de tempo despendido pelo profissional de saúde com o utente e tem impacto na adesão terapêutica (222). Assim, é demonstrado a necessidade do maior envolvimento da enfermagem na gestão terapêutica (223,224).

A menção durante as entrevistas de que existe informação que é transmitida e não é aceite, assimilada ou valorizada por ser mencionada pela enfermagem, mas que a mesma informação quando é transmitida pelo médico de MGF é aceite, permite concluir que **o conteúdo da informação** é importante tendo em conta o seu mensageiro.

A importância de identificar estas razões permitirá a adequação do tipo de informação que é transmitida por cada profissional, podendo obter resultados mais satisfatórios, reduzindo possíveis falhas entre o **processo M-P** e o **processo E-P**.

5.1.3. Experiência Geral no Tratamento de Pacientes com Multimorbidade

Descrever a experiência geral dos profissionais de saúde da USF JdP, tendo em conta o modelo de orientação utilizado atualmente, os sentimentos e as dificuldades associadas ao tratamento de pacientes com multimorbidade;

5.1.3.1. Modelo de Orientação atual no Tratamento de Pacientes com Multimorbidade

Atualmente, na USF JdP, os profissionais de saúde abordam o plano terapêutico de pacientes com multimorbidade de acordo com a priorização de patologias menos controladas. O critério adotado no plano terapêutico tem essencialmente em consideração duas vertentes: ou por episódios agudos ou por patologia que terá maior probabilidade de o vir a originar, o que corresponde ao Modelo Orientado por Patologia, abordado anteriormente.

A USF JdP integra a grande maioria das organizações de saúde que ainda se debatem na prestação de cuidados a pacientes com multimorbidade de forma patológica e sistemática (225,226). Este tipo de abordagem leva a que os pacientes com multimorbidade sintam uma dificuldade de acesso e de coordenação de cuidados de saúde (226,227), refletindo-se na prestação dos profissionais de saúde. Reitera-se assim a necessidade de reforma estrutural na organização da gestão terapêutica destes pacientes, consistente com os resultados obtidos ao longo desta investigação. A alteração de abordagem é desafiante para as organizações e para os profissionais de saúde (228,229), representando uma responsabilização partilhada entre as diferentes especialidades (230).

Ainda, houve um estudo que demonstrou que intervenções com alvo nos sintomas com mais impacto na vida dos pacientes, e não por patologia, são mais eficazes, sugerindo que os profissionais devem priorizar as intervenções tendo em conta os sintomas específicos causados pela multimorbidade (117). Contudo, este mesmo estudo tem em conta a elevada “carga de tratamento” a que estes pacientes estão

sujeitos (231), sendo por isso essencial a sua participação no processo de priorização (117).

Estudos afirmam a importância da autogestão pelo próprio paciente no seu estado de saúde (166,226), pelo que os pacientes com multimorbilidade tem que ter uma abordagem mais abrangente (232), sendo um desafio para os mesmos (233–235). Com efeito, os CSP têm a responsabilidade de procurar adotar as melhores práticas (236), capacitando o doente para o envolvimento nos seus próprios cuidados e no processo de tomada de decisão, tendo em conta os seus valores, crenças e preferências (226).

Na USF JdP, a utilização de um Modelo Orientado para a Patologia leva a que forma como a informação é transmitida entre o profissional de saúde e o paciente (neste caso o médico de MGF) não seja adequada, tendo como consequência uma fragmentação dos cuidados e uma ineficiência na utilização de recursos (91,92).

Tais pressupostos podem ser constatados pela perceção dos profissionais de saúde das dificuldades dos pacientes autogerirem a sua saúde e tendo em consideração a segmentação por especialidades dos pacientes, bem como a desnecessária repetição frequente de exames laboratoriais e de imagem médica. Apesar da revisão da literatura nos remeter para tal conclusão, ainda é necessário complementar com estudos com a perspectiva dos pacientes com multimorbilidade na USF JdP.

Na maioria das vezes os profissionais não dispõem de uma informação completa relativa aos doentes, assim uma alteração nesta **forma de realizar a passagem da informação** poderá reduzir eventuais falhas no **processo M-P**, o que se poderá repercutir na qualidade e resultados da sua intervenção (213,237,238).

5.1.3.2. Sentimentos associados ao Tratamento de Pacientes com Multimorbilidade

O relacionamento médico-paciente é uma interação complexa com base numa confiança e uma certa autoridade em ambiente profissional (239).

Apesar do sentimento geral de satisfação de realização de tarefas relacionadas com o tratamento de pacientes com multimorbilidade, há uma perceção transversal de frustração pela falta de resultados e impotência na alteração de comportamentos. A falta

de resultados é justificada pela diferença existente entre a percepção que os pacientes têm do papel do médico de MGF e a sua real responsabilidade.

Os médicos são influentes para decidir na forma como os serviços de saúde são prestados, e o “equilíbrio de poder” está, de certa forma, inclinado a favor do médico (240). À medida que a prática da medicina se centra no paciente, tratando-o com poder e uma responsabilidade partilhada, a comunicação torna-se o facilitador para fomentar uma relação de igualdade e parceria. (241)

Ao longo da literatura, o sentimento de frustração e de “*burnout*” a que os médicos de MGF estão sujeitos é surpreendentemente elevado (242,243), tendo em conta o sentimento de esforço e dificuldade de conciliação entre o papel do médico de MGF (conceito ensinado) e a prática e implementação do mesmo (em contexto real) (98), bem como da integração das tecnologias e de lidar com as suas falhas (244).

Tal facto também pode ser constatado pela diferença de agendas entre profissional e paciente percecionado pelos entrevistados da USF JdP. A existência desta diferença permite entender a diferença de papéis e responsabilidades atribuídas ao papel de médico e de enfermeiro e transferindo toda a responsabilidade de gestão da saúde do paciente, para os profissionais de saúde.

Sem o sentimento de autorresponsabilização do paciente pela sua própria saúde, consequências como o desconhecimento do plano terapêutico, a desvalorização de patologias e dos fatores de risco associados, levam a uma diminuição da mesma e de uma falta de feedback.

A diferença de papéis atribuídos pelo paciente a si próprio, bem como aos profissionais de saúde leva a ineficiências no cuidado prestado. Os médicos e enfermeiros tentam conciliar o papel que devem realizar, com aquele que é o esperado fazer, não conseguindo gerir tudo e acabam por fazer uma autogestão das suas tarefas **(processo de autogestão de M e processo de autogestão de E)** de forma ineficiente.

É ainda importante refletir acerca desta falta de *feedback* pela perspetiva do profissional de saúde, tendo em conta que este é essencial para um processo de negociação mais eficaz.

5.1.3.3. Dificuldades percebidas no Tratamento de Pacientes com Multimorbilidade

De acordo com a percepção dos profissionais de saúde da USF JdP, as suas dificuldades no tratamento dos pacientes com multimorbilidade têm como base dificuldades de gestão “administrativa”, como a falta de tempo, o elevado número de utentes e o reduzido tempo de consulta para as tarefas que têm que realizar, bem como a exigência sujeita ao tratamentos deste tipo de patologias (recolha de informação para avaliação clínica, reavaliação terapêutica, capacitar e motivar os pacientes para a importância dos fatores de risco e da alteração comportamental).

Na análise qualitativa por etiquetagem experiencial há que ter em atenção às armadilhas a ela inerente, como o caso do tempo (245). A falta de tempo, muitas vezes enunciada, não é considerada como uma medida objetiva, mas sim como uma transformação da hierarquização das prioridades dos entrevistados (245). Como tal, é necessário explorar e aprofundar os constrangimentos reais com que o ator se depara (245).

Apesar da maior dificuldade percebida e mencionada ser a falta de tempo, ou o nº de elevado de utentes, tendo em conta, o tempo de duração de uma consulta, ou a necessidade de agendamento frequente, foi possível identificar a transformação do problema real – a **falta de otimização dos processos de transmissão de informação**, o que remete para as justificações dadas no tópico abordado acima.

Todos as falhas encontradas nos processos identificados ao longo deste objetivo específico (forma e conteúdo da informação transmitida, consonância entre as agendas dos profissionais e pacientes, comunicação mais eficaz e com melhoria da capacitação do paciente) poderão ser otimizadas com a abordagem do Modelo do GOC (explorado melhor mais à frente – *capítulo 5.1.5*) e pelo DSRM.

5.1.4. Falhas na utilização do SIC atual

Descrever os problemas encontrados pelos profissionais de saúde com a utilização do SIC atual;

5.1.4.1. Articulação e Integração da Informação

Nos CSP, a articulação e integração de informação para pacientes com multimorbilidade desempenha um componente central, os benefícios das TIS que suportam os SIC são bastante sentidos (15).

Apesar do conhecimento acerca dos SIC para os pacientes (p. ex.: as aplicações de recolha de dados de saúde para os telemóveis), os profissionais de saúde da USF JdP perceberam que não existe a articulação da informação recolhida por estas para o SIC dos médicos.

Como consequência, e como referido anteriormente, o processo de transmissão de informação entre o médico de MGF e o paciente é percebido como tendo muitas falhas de impacto, pela elevada necessidade de tempo na comunicação, para aquisição da informação que não foi articulada.

Apesar de mencionado durante a investigação que a falta de impacto é a consequência mais percebida pelos enfermeiros no processo de comunicação com os pacientes com multimorbilidade, tal informação tem como base a entrevista de apenas 2 enfermeiras de uma equipa constituída por 7, o que pode não ter evidências suficientes e necessitar de uma investigação mais profunda.

Ainda, abordando a transmissão de informação entre os profissionais de saúde, foi possível identificar a existência parcial da articulação entre estes. A comunicação entre médico MGF e enfermagem a nível digital é mencionada como muito ineficaz e uma tarefa muito complicada de realizar, dando a maioria das vezes preferência à comunicação face-a-face (o que muitas vezes não ocorre por falta de tempo ou que quando ocorre pode levar a perda de informação). A dificuldade (tempo que se demora até aceder a informações transmitidas através do SIC) leva a que a informação nem seja recebida ou que, mesmo quando recebida, não seja acessível no tempo útil de ser utilizada, que é durante a consulta.

A integração e articulação da informação em saúde nos fluxos de trabalho dos profissionais é crucial para a atualização acerca das informações clínicas dos pacientes (15). Assim, os resultados apresentados nas diferentes especialidades estão sob influência dos recursos atualmente existentes na USF JdP (246).

A literatura menciona que uma boa integração e articulação da informação em saúde, e com auxílio de um SIC adequado, leva à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, da produtividade e da experiência dos pacientes (15,247–249). Mesmo com valor acrescentado, no mesmo estudo, foram identificadas falhas na qualidade da informação (corroborando a análise realizada no objetivo específico mencionado anteriormente), bem como a qualidade do sistema (abordado neste objetivo específico) (15).

As falhas na articulação e integração levam a falhas transversais a todos os intervenientes do processo de gestão terapêutica em pacientes com multimorbilidade. As consequências encontradas através da percepção dos profissionais de saúde da USF JdP, permitiram identificar falhas específicas de articulação e integração nos processos de transmissão de informação entre **paciente-médico** (com consequente ineficiência do processo **médico-paciente**), **enfermeiro-médico** e **médico-enfermeiro**.

5.1.4.2. Perda de Informação

Como referido ao longo desta investigação, a gestão terapêutica de pacientes com multimorbilidade tem uma elevada necessidade de comunicação entre estas 2 especialidades, sendo consensual os dados recolhidos na USF JdP com a literatura existente. Contudo, durante a investigação foi possível identificar a percepção dos profissionais de saúde da USF JdP acerca da perda de dados, tanto no SIC utilizado pelos médicos de MGF, bem como no SIC utilizado pelos enfermeiros. Esta perda de dados foi referida como origem de problemas de comunicação entre o médico de MGF e o enfermeiro, pela perda de informação de dados biométricos, bem como de prescrição crónica mal assinalada.

A comunicação disruptiva entre enfermeiros e médicos ocorre com elevada frequência (250). Muitas vezes, ter mais recursos de comunicação não substitui a riqueza e sincronia obtida no diálogo face a face, criando a necessidade de mais comunicação face a face para esclarecer o significado (251), em relação à recuperação, documentação e comunicação de informações do paciente (252).

Assim, e coerente com os resultados obtidos nesta investigação, é possível identificar a existência de uma lacuna entre as tecnologias que os profissionais

consideram úteis para facilitar a comunicação e o que os serviços de saúde estão a disponibilizar.

Sem adequação dos SIC utilizados nos CSP e a segurança que a informação transmitida é de qualidade, é normal que haja falhas nos **processos de autogestão** da informação adquirida durante o contacto com o paciente com multimorbilidade por parte dos médicos e dos enfermeiros.

5.1.4.3. Acesso à Informação

Na utilização de qualquer SI é necessário ter em conta a rapidez e a facilidade de acesso à informação, sendo que tem impacto na melhoria da prestação de cuidados (15). O acesso a informação em diferentes fontes não seria um problema, caso este fosse célere e sem falhas associadas. Como tal se pôde observar na repetição ao longo das entrevistas e grupos focais nas constantes “quedas” do sistema, da lentidão dos programas e da reduzida qualidade do hardware que lhes estão associados no momento. Falhas estas que são percecionadas a nível nacional e em diferentes contextos demográficos (253).

Como referido ao longo da análise deste objetivo específico, a qualidade dos SIC remete-se, não só, pela facilidade de acesso à informação. Assim, com a otimização destas falhas haveria uma melhoria nos **processos de autogestão** da informação recolhida, por parte dos profissionais de saúde quer no momento da consulta, ou mesmo em momentos não presenciais.

5.1.4.4. Padronização de Funcionalidades

Estudos anteriores examinaram que há uma concentração no desenvolvimento de ferramentas padronizadas de transferência de informação para comunicação entre os profissionais de saúde (254), com o objetivo de agilizar todo o processo (162).

Apesar de as recomendações serem semelhantes, existem diferenças nas características do utente e das suas patologias que podem comprometer a lógica do processo e das componentes envolvidas, tornando a sua adaptação e integração de acordo com as orientações clínicas uma tarefa fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (162). Esta padronização desencadeou condições e situações que inconsistentes com naturalidade do ser humano (13) e é necessário

assegurar que o SIC se baseia sempre nas orientações clínicas disponíveis (167,168,255–257).

Com efeito, e apesar dos benefícios mencionados anteriormente, os profissionais de saúde da USF JdP percebem uma excessiva *standardização* nas orientações clínicas presentes nos SIC utilizados na prestação de cuidados a pacientes com multimorbilidade, tanto na enfermagem como na MGF. A condicionalização das intervenções a aplicar (na enfermagem) e a forma como o SIC está orientado (na MGF) leva a um aumento de dificuldade na implementação de uma abordagem mais adequada a estes pacientes.

Ainda, surge a necessidade de se considerar quais os dados que são realmente necessários para transformar em informação (148), tendo em conta a abordagem mais adequada a cada situação (167,168,258). Caso contrário, existe o perigo de sejam utilizados recursos na recolha de informações que poderiam ser evitáveis (259).

Assim, torna-se necessário considerar os próprios utilizadores (profissionais de saúde) a ter em conta o tipo de pacientes e as orientações clínicas específicas de cada um, melhorando os **processos de autogestão** dos médicos de MGF e dos enfermeiros. Na revisão da literatura foram encontradas soluções com as características acima mencionadas (*Soarian Clinicals®*) (162), contudo a sua implementação foi realizada ao nível de cuidados hospitalares e não dos CSP que têm necessidades e características específicas.

Todas as falhas encontradas nos processos identificados ao longo deste objetivo específico (processos de acesso, transmissão e qualidade da informação) poderão ser otimizadas com a adoção de um SIC adequado à especialidade, aos pacientes e ao tipo de cuidados prestados.

5.1.5. Modelo do GOC

Aferir o conhecimento dos profissionais de saúde da USF JdP acerca do Modelo do GOC, tendo em conta a sua existência, prática e utilidade na gestão da terapêutica em pacientes com multimorbilidade;

No atendimento a pacientes com multimorbilidade, é necessário incorporar os seus valores e preferências no processo de tomada de decisão para que este se concentre no que é mais importante para eles. Contudo, na prática diária, isso é um processo complexo e, no Modelo do GOC, o atendimento é personalizado para ter em conta objetivos, preferências e recursos económicos dos pacientes (260–262).

Apesar do desconhecimento geral dos profissionais de saúde acerca do Modelo do GOC, partes deste estão de certa forma incluídas nos seus métodos de trabalho. Tendo em conta os benefícios da especialidade em Medicina Geral e Familiar, a grande base é a continuidade e generalidade de cuidados do paciente como um todo, inerente às bases do Modelo do GOC.

Contudo, e apesar de ser a base, é percecionado um grande esforço em conciliar a maneira de trabalhar de um médico de MGF com os processos e métodos exigidos pelos SIC utilizados atualmente (mencionado ao longo do primeiro objetivo específico).

O maior benefício da implementação do Modelo do GOC é a melhoria da comunicação entre o paciente e profissional de saúde. Desde a definição de objetivos do primeiro, com uma melhoria na prestação de cuidados do segundo, leva a um aumento da qualidade de vida dos pacientes com multimorbilidade, que é o objetivo primordial da medicina, com a consequente melhoria dos **processos M-P** e do **processo E-P**.

Assim, o Modelo de GOC é percecionado como uma abordagem utópica, com elevada possibilidade de ser implementada, com a realização das devidas alterações.

5.1.6. Facilitadores e Barreiras para a adoção um SIC com base no Modelo do GOC

Explorar os fatores facilitadores e/ou barreiras, percecionados pelos profissionais de saúde, à alteração de um SIC com base no Modelo do GOC;

5.1.6.1. Facilitadores

A perceção de um problema, muitas vezes dá pistas para a solução ou para os benefícios de uma possível alteração. Os facilitadores mencionados acabam por estar relacionados com sugestões de soluções para as consequências provocadas pelas falhas identificadas ao longo deste capítulo.

Os profissionais de saúde da USF JdP encontram-se “abertos” à implementação e integração de novas TIS para otimização de processos para melhor gerir o tempo da consulta e uma melhoria da utilização dos recursos.

Ainda assim, o maior benefício e fator facilitador que mencionam na adoção de um SIC com base no Modelo do GOC é a melhoria dos fatores com influência na alteração de comportamento por parte do paciente e que é essencial em pacientes com multimorbilidade (conseguir conhecer, motivar e capacitar o paciente).

5.1.6.1.1. Conhecer o Paciente

Com o crescimento da medicina de precisão, a natureza pessoal do relacionamento é ainda mais influente na obtenção de resultados (263), sendo essencial uma boa comunicação e suporte emocional para o sucesso de um tratamento médico (264).

Um paciente não é meramente um conjunto de patologias integradas num corpo e o profissional de saúde tem que o ver como um ser humano, integrado num conjunto de ambientes extra-hospitalares (265) tais como: os determinantes sociais da saúde, o contexto psicossocial, o apoio disponível, a resposta do indivíduo e a experiência (266). Este conjunto permitirá dar a conhecer o contexto do paciente, sabendo as suas motivações, dificuldades e perceções para uma melhor adaptação do plano terapêutico e alteração comportamental (209,267,268).

Assim, é necessário que haja uma integração do conhecimento do paciente para a prestação de um cuidado personalizado (263), com o esforço por parte dos profissionais de saúde de quererem conhecer os pacientes como um todo e não só como um conjunto de patologias (269). Os profissionais de saúde devem aprender as técnicas mais eficazes, eficientes, válidas e confiáveis – através de perguntas, que podem ser feitas durante a consulta (270,271) – para entender a situação psicológica, social, cultural, comportamental e económica de cada indivíduo e de como é que isso afeta a experiência de saúde e doença da pessoa (265).

Os profissionais de saúde da USF JdP mencionaram que conhecer o paciente e o seu contexto “extra-hospitalar” como familiar, económico, ambiental e comportamental

é um “meio facilitador” para a adequação da terapêutica e para o sucesso do plano terapêutico. A maioria já conhece os seus pacientes, devido ao elevado tempo de acompanhamento. Contudo quando há um “novo” paciente na sua lista de atendimento, estas questões são abordadas. Esta parte é morosa para recolher informações de qualidade e é necessário despende muito tempo de consulta para que a informação recolhida possa ser recolhida e gerida com qualidade.

Os profissionais percebem que a qualidade e a segurança do atendimento são melhoradas, graças a um retrato mais preciso do paciente (15). Assim, a adoção de um SIC com base no Modelo do GOC é vista como um facilitador na recolha desta informação com qualidade, otimizando o processo de gestão terapêutico e de “consenso” na terapêutica prescrita.

5.1.6.1.2. Motivação e Capacitação dos Pacientes

Habilidades de comunicação e assistência centradas no paciente devem ser integrados como intervenção na rotina de cuidados de saúde (272). Além disso, existem técnicas cognitivas comportamentais que podem ser integradas (102), tais como técnicas para definir objetivos concretos ou técnicas para imaginar benefícios e barreiras para a concretização de objetivos (273).

Na USF JdP foi possível identificar uma concordância com tais resultados, pela necessidade de repetição de que a otimização de todos os processos mencionados ao longo desta dissertação permitiria, de acordo com a percepção dos profissionais de saúde, uma melhor utilização do tempo de consulta para realizar a entrevista motivacional com melhor qualidade e de forma mais aprofundada. Foram ainda mencionadas as técnicas de “confronto com o pior” (como no caso de uma visita à unidade de amputação para pacientes com diabetes e a utilização de “sustos”) como técnicas de motivação para a alteração de comportamento.

Ainda, a menção, por parte dos profissionais da USF JdP, de que a utilização do tempo de consulta para educar e capacitar o paciente para a concordância acerca da sua responsabilidade e da importância da diferença de papéis entre o profissional e o próprio paciente e do auxílio dos SIC é bastante relevante.

Também é necessário enfatizar que o conhecimento pode significar poder (99). Portanto, será necessário que os profissionais de saúde se adaptem para não serem alguém que consome informações e as transmite, mas tornarem-se alguém que direciona o paciente para informações e serviços de alta qualidade (99). Assim, a capacitação tem que ser adequada a cada paciente e a cada profissional, sendo identificados inúmeros fatores facilitadores para a integração do Modelo do GOC no SIC para a **otimização dos processos de comunicação** entre os profissionais de saúde e os pacientes com multimorbilidade.

5.1.6.3. Disseminação de Informação Personalizada

A disponibilidade das TIS oferece oportunidades crescentes para envolver e capacitar os indivíduos a participar de seus cuidados de saúde (274,275). As intervenções baseadas na *Web* têm o potencial de melhorar a comunicação com as equipes de saúde (276), fornecendo um suporte para definir, entender e lidar com os problemas e ainda pode assumir a forma de aconselhar, oferecer suporte à avaliação, compartilhar novas informações ou perspectivas ou fornecer referência a novos recursos (277,278). Portanto, é importante que os profissionais de saúde estejam bem informados sobre os recursos existentes (177).

No decurso da investigação foi possível confirmar que a percepção dos profissionais de saúde da USF JdP está de acordo com os resultados encontrados na literatura, na medida em que a informação que mencionam ser necessária de disseminar é com o intuito de **contribuir para o envolvimento dos pacientes** com multimorbilidade na gestão da sua condição de saúde (através da gestão da informação terapêutica, bem como a inserção da tipologia do fármaco levantado na farmácia).

Ainda, apesar dos benefícios, e como mencionado anteriormente, a inovação tecnológica tem que ser personalizada. Os meios de informação foram úteis para capacitar as pessoas, mas de forma contextualizada à sua condição pessoa.

Num ambiente cada vez mais saturado, uma grande parte de mensagens e informações relacionadas à saúde hoje é partilhada e acedida através dos *media* e de fontes digitais (103). Assim, o conteúdo deve ser adaptado para ser relevante para uma população específica (279), o que é coerente com os resultados mencionados pelos

profissionais da USF JdP como facilitadores na adoção de um SIC após serem confrontados com esta possibilidade.

Apenas desta forma, as soluções de partilha de informação de saúde a nível digital têm o potencial de contribuir para a sua acessibilidade e compreensão para a população (280).

5.1.6.4. Melhor Utilização de Recursos

Os benefícios de uma otimização das falhas mencionadas nos processos de transmissão de informação foram relatados em diversas as dimensões do desempenho dos cuidados prestados: produtividade, qualidade e segurança, acessibilidade e experiência dos pacientes (15). Em específico, e mais enfatizadas, foram relacionadas com a melhoria da produtividade, tendo como consequência uma **melhoria da gestão do tempo de consulta** (o que levaria a uma utilização para os fatores mencionados ao longo deste tópico). Para a produtividade, há uma perceção geral por parte dos profissionais de saúde que a utilização de um SIC adequado reduz os atrasos relacionados à gestão de informações clínicas (p.ex: receber um lista de medicamentos ativos, resultados de laboratório ou relatórios de imagem médica), reduzindo assim os atrasos para os pacientes, a duplicação de exames e os recursos dedicados (evitáveis) (15), coerentes com todos os resultados obtidos na USF JdP.

5.1.6.2. Barreiras

As barreiras identificadas têm em conta a importância da adequação das TIS à idade e contexto individual de cada paciente, sendo transversal à maioria dos profissionais entrevistados.

5.1.6.1. Predisposição para a alteração por parte dos profissionais de saúde

A alteração do comportamento humano pode ser acelerada tendo em conta a capacitação e educação do mesmo. Assim, a importância da comunicação é dada como fator principal. Contudo, a própria pessoa tem de estar predisposta a alterar o seu comportamento, fator que os profissionais de saúde percecionam como uma possível barreira, não para a implementação do SIC na USF JdP, mas sim na eficácia e na integração deste modelo para o cuidado aos seus pacientes com multimorbilidade.

As iniciativas de TIS são projetadas para ajudar a melhorar a sua qualidade. Contudo, na literatura, há a identificação de uma lacuna entre aqueles que têm acesso às TIS e aqueles que não têm (281)(282). A utilização de tecnologia por muitos idosos é limitada pela falta de experiência, falta de acesso e outros fatores limitantes na sua utilização (283–285). No entanto, entre as populações de idosos, esses programas e iniciativas devem ser estudados para entender e abordar melhor as diferenças digitais que, de outra forma, impediriam que os idosos beneficiem totalmente dessas tecnologias (286).

Todas estas razões foram percecionadas pelos profissionais de saúde da USF JdP como possíveis barreiras na implementação de um novo SIC, com base no modelo do GOC, que pudesse incluir a utilização de TIS pelos pacientes.

Após uma análise crítica dos resultados obtidos de acordo com os 4 objectivos específicos desta investigação, foi possível compreender que a aplicação do Modelo do GOC e a criação de um SIC adequado às necessidades específicas dos profissionais de saúde da USF JdP e dos seus pacientes com multimorbilidade são ferramentas úteis para a otimização dos processos de transmissão de informação e com consequente solução das falhas encontradas.

As TIC são ainda percecionadas como ferramentas úteis para a melhoria da qualidade das relações, através da melhoria da disponibilidade de contactos entre os profissionais e os pacientes (209). Contudo, em estudos em que é analisada a percepção dos pacientes acerca deste assunto, é mencionada a importância da conveniência, mas também da confiança e da relação duradoura com um profissional competente e dedicado à melhoria do seu bem-estar (287).

Na figura abaixo (**Figura 6**) é possível observar quais os processos que poderiam beneficiar de uma otimização com a adoção do Modelo do GOC como abordagem para a orientação da gestão terapêutica (a amarelo) e com a adoção de um SIC adequado (a verde).

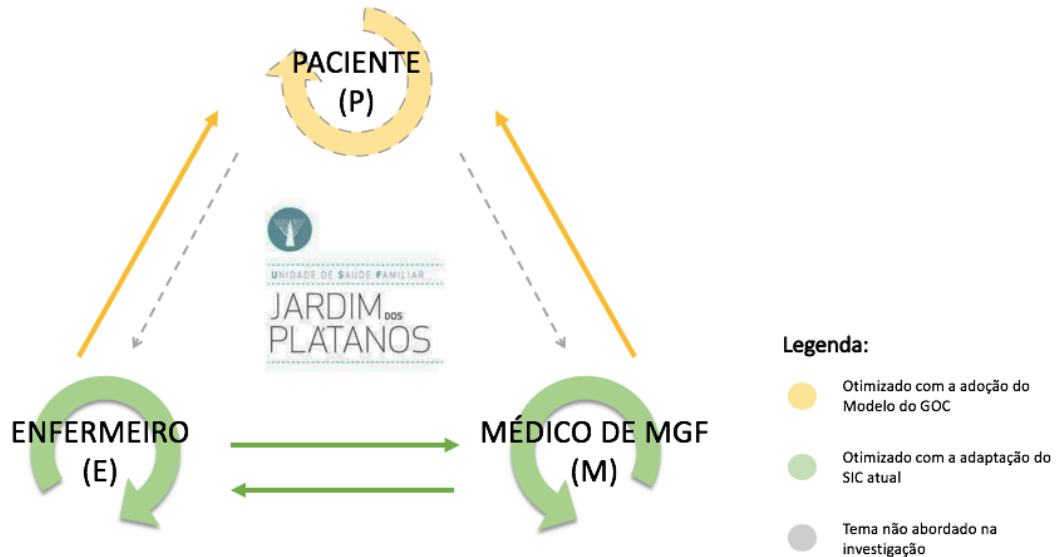


Figura 6 – Proposta de otimização dos processos de transmissão de informação para a gestão terapêutica de um paciente com multimorbilidade na USF Jardim dos Plátanos

Após a identificação dos fatores facilitadores e barreiras de uma possível adoção de um SIC com base no Modelo do GOC, foram identificados quais as necessidades e requisitos específicos percebidos pelos profissionais de saúde da USF JdP como futuros utilizadores.

5.1.7. Requisitos e/ou Necessidades para a criação de um “novo” SIC

Verificar quais os requisitos e/ou necessidades, percebidos pelos profissionais de saúde, para a criação de um “novo” SI mais adequado à sua utilização;

5.1.7.1. Requisitos

5.1.7.1.1 Alertas

Atualmente, muitas organizações sentem que não estão a alcançar os resultados esperados com a implementação dos SIC, o que reflete a necessidade de desenvolver estratégias de otimização (288). Isso pode envolver a otimização de funcionalidades avançadas do sistema, desenvolver funcionalidades analíticas de dados para melhorar a

qualidade e facilitar o processo de acesso da informação ou desenvolver novas abordagens para lidar com problemas emergentes (148).

Todos estes resultados coincidem com a menção durante a investigação da importância da existência de alertas das interações farmacológicas, de alterações de valores discrepantes aos esperados (tendo em conta a condição individual do paciente), de alergias ou mesmo da alteração patológica presente em exames laboratoriais e de imagem médica.

5.1.7.1.2. Atualizações

A qualidade e a segurança do atendimento foram melhoradas, graças à qualidade das informações fornecidas através do SIC, sendo mais completas, mais confiáveis, mais válidas e disponíveis quando necessário (15).

Coerentemente, segundo os profissionais de saúde da USF JdP, é mencionada a importância de que a informação recebida seja atualizada e real no momento da consulta. Assim, a atualização da medicação a tomar pelo paciente, de dados e medições realizadas foi uma grande componente de requisitos mencionados.

5.1.7.2. Necessidades

5.1.7.2.1. Interface centrada no Paciente

O atendimento centrado no paciente concentra-se na colaboração com os pacientes, sendo possível enfatizar a sua importância (232). As questões de acessibilidade podem ser preocupantes tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes com multimorbilidade (226,227), o que destaca a necessidade de rever a estrutura dos CSP na prestação de cuidados a pacientes com multimorbilidade. Na literatura, o esforço psicológico é um aspeto que caracteriza a abordagem sistémica no momento do acesso a cuidados de saúde de pacientes com multimorbilidade (289,290).

Como necessidade quando confrontados para a possibilidade de criação de um novo SIC adequado à USF JdP, os profissionais de saúde mencionaram a reformulação da interface do SIC de forma a que este fosse coerente com a abordagem orientadora a utilizar para a gestão terapêutica destes pacientes (Modelo do GOC), o que permite corroborar os dados existentes na literatura.

Alguns autores descobriram que os pacientes percebem uma diminuição na qualidade de vida e um aumento no sofrimento psíquico (233,291), sublinhando a importância de intervir, usando uma abordagem centrada no paciente (226). Esta reorganização (também mencionada pelos profissionais de saúde da USF JdP) permitirá a que, no momento do contacto com o paciente com multimorbilidade, o profissional não se debata com a incoerência percebida atualmente, abordada no *Capítulo 5.1.3.2*.

5.1.7.2.2. Personalização da Informação

O processo de construção do SIC reflete-se no conhecimento das necessidades efetivas dos próprios profissionais e o seu método de trabalho, tendo em conta a especificidade inerente à prestação de cuidados a pacientes com multimorbilidade (13).

Assim, houve a necessidade, por parte dos profissionais de saúde da USF JdP, de mencionar a importância da possibilidade de personalização da interface do SIC tendo em conta o profissional de saúde a utilizar o SIC, bem como o paciente que irá usufruir da prestação de cuidados, permitindo a resolução da dificuldade percebida pela padronização excessiva do SIC atual que foi abordada no *capítulo 5.1.4.4*.

5.2. Limitações do Estudo

Na realização desta investigação o investigador deparou-se com limitações metodológicas e teóricas.

As limitações metodológicas inerentes a esta investigação prendem-se em decisões metodológicas adotadas, tendo em conta a recolha e a análise dos dados.

O pequeno número de profissionais de saúde entrevistados (sendo que foram entrevistados apenas 7 profissionais de saúde de um total 15 que compõem a equipa da USF JdP – em especial do número de enfermeiros) e a necessidade de complementar os dados recolhidos nas entrevistas com o grupo focal, a gravação do mesmo poderia melhorar a qualidade dos dados recolhidos neste (em vez de ser só as notas de campo).

A experiência do entrevistador também tem influência no decurso das entrevistas realizadas e das informações recolhidas. Sendo que o objetivo e o foco da investigação remetem apenas para a identificação dos problemas provocados pelo SIC e

pelo do Modelo de Orientação utilizados atualmente no tratamento de pacientes com multimorbilidade da USF JdP, poderá ter havido um enviesamento das repostas dos entrevistados tendo em conta a estrutura adotada pelo guião de entrevista construído.

Já na análise, durante a definição das categorias é sempre subjetiva ao grupo de investigadores que a realizou, sendo considerada como uma possível limitação pela possibilidade de exclusão de categorias possíveis de ter em conta. Ainda, a decisão de enumeração por ausência ou presença das mesmas ao longo das entrevistas, poderia ser complementada com a enumeração por frequência. Contudo, esta decisão teria que ser discutida acerca da valorização de cada tema para definição dos critérios específicos da enumeração.

Ainda, na própria investigação na USF JdP, estava previsto a realização de um levantamento de dados na perspetiva dos pacientes com multimorbilidade destes profissionais, sendo complementada e incluída na análise a perceção dos 3 intervenientes. Contudo, devido à situação atual da Pandemia COVID-19 (“externa à investigadora”), esta não foi possível de ser realizada, sendo que tudo o que foi mencionado terá que ser complementado e comprovado com futuras investigações.

As limitações encontradas na revisão de literatura inerentes a esta investigação prendem-se no reduzido conhecimento existente acerca do Modelo do GOC aplicado especificamente a pacientes com multimorbilidade e da influência da gestão da informação ao nível dos CSP em Portugal. Ainda, a importância da influência de variáveis socioculturais (linguagem, educação, género) nos processos de transmissão de informação estudos tem que ser tida em conta, sendo que a perspetiva dos pacientes, neste caso, seria fundamental.

5.3. Perspetivas Futuras

Apesar dos resultados positivos e do carácter inovador da investigação realizada, ainda há campos a melhorar e a aprofundar, como referidos no capítulo anterior, o que cria diversas possibilidades de continuação de estudos nesta área.

Assim, após reflexão, esta investigação possibilita a complementaridade com uma integração da perspetiva dos pacientes com multimorbilidade da USF JdP, com o objetivo de explorar o processo de autogestão da terapêutica, dos benefícios do Modelo

do GOC e das TIS, bem como aprofundar a importância e o impacto da relação com o profissional de saúde nos processos de transmissão de informação e de autogestão da saúde.

Com base nos resultados obtidos na presente dissertação, considera-se que se encontram criadas as condições para a dar continuidade às seguintes fases do Projeto METHIS na USF JdP, nomeadamente o desenvolvimento de um SIC com base no Modelo do GOC e posterior implementação.

Face à conjuntura atual da Pandemia COVID-19, considera-se relevante referir que se encontra em fase de implementação o projeto “*PrimaryCare@COVID-19: Digital Platform for Supporting Chronic Patients and COVID-19 consultations and Monitoring in Primary Care*”, coordenado pelo Professor Doutor Luís Velez Lapão.

Este projeto, adaptado do Projeto METHIS, é especialmente vocacionado para os profissionais de saúde comunicarem com segurança e rigor com os pacientes crónicos, prescreverem os medicamentos necessários e mantê-los informados sobre as últimas medidas de prevenção e combate ao COVID-19. No caso especial de pacientes que se encontrem em quarentena ou isoladamente, esta plataforma permitirá a monitorização e a avaliação da sua saúde.

Por outro lado, os resultados obtidos potenciam a iniciativa de uma investigação sobre a existência de uma eventual associação entre a importância da relação do profissional-paciente na gestão terapêutica de pacientes com multimorbilidade, e ainda um estudo que vise sensibilizar os criadores dos SIC para a necessidade de reformular o processo, tendo em conta aproximar-se das necessidades efetivas dos utilizadores finais.

Face à crescente aptidão em termos digitais dos futuros pacientes, justifica-se o desenvolvimento de investigações de avaliação do impacto dos SDS não apenas no envolvimento destes no processo de autogestão de saúde, mas também na relação entre o profissional de saúde e o paciente a nível dos CSP.

5.4. Considerações Finais

Com a evolução do perfil epidemiológico e das tecnologias, tornou-se evidente a necessidade de integrar a utilização de TIS na prestação de cuidados (13). Estas

tecnologias não pretendem substituir o profissional de saúde, mas sim auxiliar e melhorar a qualidade do serviço prestado, obrigando a uma permanente adaptação dos SIC utilizados consoante a prática clínica mais adequada (13) especialidade a ser aplicada (14).

Na melhoria da eficácia, redução de custos e melhor prestação de cuidados foi enfatizada a importância de cuidados de saúde personalizados, desde tratamentos, educação e utilização de tecnologias em saúde (292–294). A utilização destas tecnologias poderá ser efetivamente utilizada desde que, o armazenamento e a acessibilidade dos dados inseridos sejam personalizáveis (295), assumindo-se ainda que o processo de desenvolvimento e criação seja partilhado entre os utilizadores finais (como é o caso do Projeto METHIS através do DSRM).

A investigação “*O Sistema de Informação e o Modelo de Orientação na prestação de cuidados a pacientes com multimorbilidade numa Unidade de Saúde Familiar em Lisboa: uma perspetiva dos profissionais de saúde*” permitiu dar resposta às sub-questões definidas:

1. Qual a perceção, por parte dos profissionais de saúde da USF JdP, acerca da utilização, atual e futura, do SI?

A perceção dos profissionais de saúde da USF JdP sobre os SI atualmente utilizados permite concluir que não respondem integralmente às suas efetivas necessidades. Sendo que o objetivo de um SIC é otimização do processamento dos dados dos pacientes e na transformação em informação, atualmente, com a desadequação percecionada para os pacientes com multimorbilidade está a prejudicar na transmissão de informação e no estabelecimento de uma boa relação entre o utilizador e o paciente, diminuindo a qualidade do cuidado prestado.

Contudo, quando confrontados com a possibilidade futura de utilizar um novo SI desenhado de acordo com as suas necessidades, a perceção é de entusiasmo e sempre acompanhada pela necessidade de melhoria de otimização do tempo de consulta, sendo transversal ao tipo de cuidado prestado (MGF e de enfermagem).

2. Qual a percepção, por parte dos profissionais de saúde da USF Jardim dos Plátanos, acerca da adoção do Modelo do GOC?

A adoção do Modelo do GOC por parte dos profissionais de saúde da USF JdP é vista como um benefício, tendo em conta a importância da individualidade do paciente e da integração do seu contexto extra-hospitalar no plano terapêutico.

Em pacientes com multimorbilidade, todo o processo de tomada de decisão e de gestão terapêutica tem que ser partilhado entre o profissional de saúde e do paciente. Esta partilha fomenta o sentido de responsabilidade e de envolvimento do paciente, que só é promovido com uma melhoria da comunicação entre ambos (profissional-paciente).

Com o desenrolar da investigação foi possível responder a todos os objetivos específicos propostos:

1. Experiência Geral no Tratamento de Pacientes com Multimorbilidade:

atualmente, na USF JdP, o tratamento de pacientes com multimorbilidade é realizado de acordo com o Modelo Orientado para a Patologia. Como consequência, este tratamento está associado a um sentimento de esforço e de frustração pela falta de resultados apresentados e num aumento de dificuldade na gestão terapêutica dos pacientes com multimorbilidade.

2. Falhas no SIC atual: as falhas percecionadas com a utilização do SIC atual remetem à importância da transmissão da informação e da comunicação entre as diferentes fontes, que em pacientes com multimorbilidade é muito exigente. Assim, a reduzida articulação e integração de informação, a perda de dados e a dificuldade de acesso à informação leva a que os processos de comunicação sejam pouco eficazes, aumentando as dificuldades e o esforço exigido aos profissionais de saúde na prestação de cuidados a pacientes com multimorbilidade.

3. Modelo do GOC: apesar do desconhecimento acerca do Modelo do GOC por parte dos profissionais de saúde da USF JdP, há a percepção que, em certa parte, já há sua aplicação e que este é a base da prática de MGF. Contudo, mencionam que se devem realizar alterações para dar as condições necessárias para que a sua aplicação seja otimizada.

- 4. Facilitadores e Barreiras na adoção de um SIC com base no Modelo do GOC:** os facilitadores e barreiras foram um tópico muito significativo na análise dos resultados obtidos, pois permitiram a identificação real da localização das falhas existentes nos processos de gestão terapêutica de pacientes com multimorbidade. Como facilitador foi referido que a adoção de um SIC com base no Modelo do GOC permitirá melhorar a qualidade da relação entre o profissional de saúde e o paciente, que é mencionada como fator crucial para a obtenção de resultados na gestão terapêutica de pacientes com multimorbidade. Ainda, a otimização do acesso e da articulação da informação levará a que o profissional se encontre melhor informado e que transmita a informação de forma mais eficaz, para capacitar o paciente permitindo que este se consiga envolver mais no processo de autogestão da saúde. As barreiras identificadas, pela perspectiva dos profissionais de saúde da USF JdP, refletem a sua preocupação na predisposição dos pacientes na sua adequação e na sua utilização, sendo que os próprios “recebem a notícia com agrado”.
- 5. Requisitos e Necessidades de um novo SIC com base no Modelo do GOC:** como requisitos a importância da atualização da informação foi referida como essencial e a emissão de alertas foi mencionado como uma ferramenta de otimização do processo de gestão terapêutica. Já as necessidades mencionadas baseiam-se na reformulação da orientação da organização do SIC para estar mais coerente com o Modelo de Orientação adequado a estes pacientes e a importância da personalização do mesmo tendo em conta o profissional (utilizador) e o paciente.

O presente trabalho ultrapassou as expectativas iniciais, pois, para além de cumprir os objetivos previamente definidos, permitiu identificar e analisar a localização das falhas, nomeadamente a importância dos processos da transmissão de informação e da relação entre o profissional de saúde e o paciente com multimorbidade na gestão terapêutica.

A transmissão de informação em saúde que recorra a um SIC caracteriza-se pela qualidade da informação e a qualidade do sistema (15), pelo que a adoção de um SIC com base no Modelo do GOC proporcionará uma redução no impacto das falhas identificadas.

Assim, pode-se considerar que os objetivos inicialmente definidos foram integralmente atingidos, permitindo a continuação do Projeto METHIS nesta USF com uma definição do problema e dos objetivos mais concretos e enquadrados com a realidade, tendo sido concretizados com a escolha da metodologia qualitativa.

6. Referências Bibliográficas

1. van der Graaf P, Forrest LF, Adams J, Shucksmith J, White M. How do public health professionals view and engage with research? A qualitative interview study and stakeholder workshop engaging public health professionals and researchers. *BMC Public Health*. 22 de Novembro de 2017;17(1):892.
2. The House of Commons Science and Technology Committee. Scientific Advice, Risk and Evidence Based Policy Making. London: The Stationery Office by Order of the House;
3. Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Ferrucci L, Mercer SW, Marengoni A, Onder G, et al. Multimorbidity and functional impairment—bidirectional interplay, synergistic effects and common pathways. *J Intern Med*. Março de 2019;285(3):255–71.
4. Allen LN, Christie GP. The Emergence of Personalized Health Technology. *J Med Internet Res*. 10 de Maio de 2016;18(5).
5. Barondess JA. Scanning the Chronic Disease Terrain: Prospects and Opportunities. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2014;125:45–56.
6. Mercer S, Furler J, Moffat K, Fischbacher-Smith D, Sanci LA, World Health Organization, et al. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
7. Onder G, Palmer K, Navickas R, Jurevičienė E, Mammarella F, Strandzheva M, et al. Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS). *Eur J Intern Med*. Abril de 2015;26(3):157–9.
8. Quinaz Romana G, Kislaya I, Salvador MR, Cunha Gonçalves S, Nunes B, Dias C. Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Acta Medica Portuguesa*. 2019;32(1):30–7.
9. Rodrigues AM, Gregório MJ, Sousa RD, Dias SS, Santos MJ, Mendes JM, et al.

Referências Bibliográficas

- Challenges of Ageing in Portugal: Data from the EpiDoC Cohort. *Acta Med Port.* 28 de Fevereiro de 2018;31(2):80–93.
10. De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. *Br J Gen Pract.* Julho de 2012;62(600):e522–4.
 11. WHO. Health System Review - Portugal. 2018 Abr p. 46.
 12. Combi C, Pozzi G. Clinical Information Systems and Artificial Intelligence: Recent Research Trends. *Yearb Med Inform.* Agosto de 2019;28(1):83–94.
 13. Locsin RC. The Co-Existence of Technology and Caring in the Theory of Technological Competency as Caring in Nursing. *J Med Invest.* 2017;64(1.2):160–4.
 14. Locsin RC. Technological competency as caring in nursing: a model for practice. *Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*; 2005.
 15. Motulsky A, Sicotte C, Moreault M-P, Schuster T, Girard N, Buckeridge D, et al. Using Health Information Exchange: Usage and Perceived Usefulness in Primary Care. *Stud Health Technol Inform.* 21 de Agosto de 2019;264:709–13.
 16. Griffiths S, Jewell T, Donnelly P. Public health in practice: the three domains of public health. *Public Health.* Outubro de 2005;119(10):907–13.
 17. Marks L, Hunter DJ. Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe. :60.
 18. WHO. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 Set 6; Alma-Ata.
 19. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion.* Novembro de 1986;1(4):iii–v.
 20. Thorpe A, Griffiths S, Jewell T, Adshead F. The three domains of public health: An internationally relevant basis for public health education? *Public Health.* 1 de Fevereiro de 2008;122(2):201–10.

Referências Bibliográficas

21. Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. Guia sobre Desenvolvimento Sustentável: 17 Objetivos para Transformar o nosso Mundo. 2016.
22. BCSD. Objetivo 3: Saúde de Qualidade [Internet]. Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável; Disponível em: <https://www.ods.pt/objectivos/3-vida-saudavel/?portfolioCats=24>
23. Nações Unidas. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde de Qualidade [Internet]. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental; 2015. Disponível em: <https://unric.org/pt/objetivo-3-saude-de-qualidade-2/>
24. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A. Global Health 2035: A World converging within a Generation. The Lancet Commissions. 2013;382(9908):1898–955.
25. Documento-Guia sobre a Análise de Projetos de Investigação Clínica por uma Comissão de Ética para a Saúde.
26. Jamison DT, Sandbu M, Wang J. Why has infant mortality decreased at such different rates in different countries? Em Bethesda: Disease Control Priorities Project; 2004.
27. Fenner F, Henderson DA, Arita I, Jezek Z, Ladnyi ID. Smallpox and its eradication. Em Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1988.
28. Henderson DA. Eradication: lessons from the past. Bull World Health Organ. 1998;76(Suppl 2):17–21.
29. Whitty CJM. What makes an academic paper useful for health policy? BMC Medicine. 17 de Dezembro de 2015;13(1):301.
30. Røttingen J-A, Chamas C. A New Deal for Global Health R&D? The Recommendations of the Consultative Expert Working Group on Research and Development (CEWG). PLOS Medicine. 15 de Maio de 2012;9(5):e1001219.
31. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America.

Referências Bibliográficas

- Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
32. Chauvin J, Lomazzi M. The digital technology revolution and its impact on the public's health. *European Journal of Public Health*. 23 de Outubro de 2017;27(6):947–947.
 33. Boman M, Kruse E. Supporting global health goals with information and communications technology. *Glob Health Action*. 25 de Agosto de 2017;10(sup3).
 34. Abul-Husn NS, Kenny EE. Personalized medicine and the power of electronic health records. *Cell*. 21 de Março de 2019;177(1):58–69.
 35. Erden A. Personalized Medicine. *Yale J Biol Med*. Dezembro de 2015;88(4):349–349.
 36. Sigman M. Personalized medicine: what is it and what are the challenges? *Fertility and Sterility*. Junho de 2018;109(6):944–5.
 37. Goetz LH, Schork NJ. Personalized Medicine: Motivation, Challenges and Progress. *Fertil Steril*. Junho de 2018;109(6):952–63.
 38. World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001. (Noncommunicable Diseases and Mental Health). Disponível em: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccreport/en/>
 39. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. Janeiro de 2010;5(Pt 1):71–90.
 40. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. A Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*. Novembro de 2001;20(6):64–78.
 41. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511–44.

Referências Bibliográficas

42. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Family Practice*. 9 de Janeiro de 2018;19(1):11.
43. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA*. 9 de Outubro de 2002;288(14):1775–9.
44. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness: The Chronic Model, Part 2. *JAMA*. 9 de Outubro de 2002;
45. Nutting PA, Miller WL, Crabtree BF, Jaen CR, Stewart EE, Stange KC. Initial lessons from the first national demonstration project on practice transformation to a patient-centered medical home. *Ann Fam Med*. Junho de 2009;7(3):254–60.
46. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care. *The Annals of Family Medicine*. 2014;12(2):166–71.
47. Maeseneer JD, Boeckxstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. *The British Journal of General Practice*. Julho de 2012;62(600):e522.
48. Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med*. 4 de Fevereiro de 2003;138(3):256–61.
49. Sverdlov O, van Dam J, Hannesdottir K, Thornton-Wells T. Digital Therapeutics: An Integral Component of Digital Innovation in Drug Development. *Clin Pharmacol Ther*. 2018;104(1):72–80.
50. Kaner EF, Beyer FR, Garnett C, Crane D, Brown J, Muirhead C, et al. Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 25 de 2017;9:CD011479.
51. Iacoviello BM, Steinerman JR, Klein DB, Silver TL, Berger AG, Luo SX, et al. Clickotine, A Personalized Smartphone App for Smoking Cessation: Initial Evaluation. *JMIR Mhealth Uhealth*. 25 de Abril de 2017;5(4):e56.

Referências Bibliográficas

52. Alturkistani A, Majeed A, Car J, Brindley D, Wells G, Meinert E. Health information technology uses for primary prevention in preventive medicine: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 04 de 2018;8(9):e023428.
53. OCDE. Panorama da Saúde 2019: Indicadores da OCDE. OCDE iLibrary. 2019;220.
54. Quinaz Romana G, Kislaya I, Cunha Gonçalves S, Salvador MR, Nunes B, Matias Dias C. Healthcare use in patients with multimorbidity. *Eur J Public Health*. 1 de Fevereiro de 2020;30(1):16–22.
55. Conselho Nacional de Saúde. Fluxos Financeiros do SNS. Lisboa; 2017 Out p. 31.
56. Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 6 de Fevereiro de 2015;16:12.
57. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. O que é a RNCCI? [Internet].
58. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Decreto-Lei n.º 28/2008 Fev 27, 2008.
59. OMS. Relatório Mundial de Saúde 2010: Financiamento dos Sistemas de Saúde. Geneva, Switzerland; 2010.
60. Greenhalgh T. How to improve success of technology projects in health and social care. *Public Health Res Pract*. 2018;28(3).
61. Canadian Institute for Health Information. Senior and the Health Care System: What is the Impact of Multiple Chronic Diseases? Em 2011. Disponível em: <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=en&pf=PFC1575>
62. Beckfield J, Bambra C, Eikemo TA, Huijts T, McNamara C, Wendt C. An institutional theory of welfare state effects on the distribution of population health. *Soc Theory Health*. 1 de Agosto de 2015;13(3):227–44.
63. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med*. Agosto de 2012;75(4):761–9.

Referências Bibliográficas

64. Piot P. Innovation and technology for global public health. *Global Public Health*. 1 de Setembro de 2012;7(sup1):S46–53.
65. Lupton D. Health promotion in the digital era: a critical commentary. *Health Promotion International*. 1 de Março de 2015;30(1):174–83.
66. Barclay G, Sabina A, Graham G. Population Health and Technology: Placing People First. *Am J Public Health*. Dezembro de 2014;104(12):2246–7.
67. Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. New York: The Free Press, A Division of Simon & Schuster, Inc; 2003. 1–551 p.
68. Woolf SH, Johnson RE, Phillips RL, Philipsen M. Giving everyone the health of the educated: an examination of whether social change would save more lives than medical advances. *Am J Public Health*. Abril de 2007;97(4):679–83.
69. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *J Health Soc Behav*. 1 de Março de 2010;51(1_suppl):S28–40.
70. Chang VW, Lauderdale DS. Fundamental cause theory, technological innovation, and health disparities: the case of cholesterol in the era of statins. *J Health Soc Behav*. Setembro de 2009;50(3):245–60.
71. Korda RJ, Clements MS, Dixon J. Socioeconomic inequalities in the diffusion of health technology: Uptake of coronary procedures as an example. *Soc Sci Med*. Janeiro de 2011;72(2):224–9.
72. Issakov A. Health care equipment: a WHO perspective. Em: Van Gruting C, editor. *Medical devices: international perspectives on health and safety*. Amsterdam: Elsevier; 1994.
73. *Guidelines for Health Care Equipment Donations*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
74. Ransbotham S, Kiron D, Prentice PK. The Talent Dividend: Analytics talent is driving competitive advantage at data-oriented companies. MIT Sloan

Management Review; 2015 Abr.

75. Tuckson RV, Newcomer L, De Sa JM. Accessing genomic medicine: affordability, diffusion, and disparities. *JAMA*. 10 de Abril de 2013;309(14):1469–70.
76. Fong H, Harris E. Technology, innovation and health equity. *Bull World Health Organ*. 1 de Julho de 2015;93(7):438-438A.
77. Wise PH. Emerging technologies and their impact on disability. *Future Child*. 2012;22(1):169–91.
78. Weiss D, Rydland HT, Øversveen E, Jensen MR, Solhaug S, Krokstad S. Innovative technologies and social inequalities in health: A scoping review of the literature. *PLOS ONE*. 2018;13(4):1–20.
79. Peffers K, Tuunanen T, Rothenberger MA, Chatterjee S. A Design Science Research Methodology for Information Systems Research. *Journal of Management Information Systems*. 1 de Dezembro de 2007;24(3):45–77.
80. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. *PLoS One*. 21 de Julho de 2014;9(7).
81. Marengoni A, Melis RJF, Prados Torres A, Onder G. Multimorbidity: Epidemiology and Models of Care. *Biomed Res Int*. 2016;2016.
82. Clare L, Kudlicka A, Oyebode JR, Jones RW, Bayer A, Leroi I, et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation for early-stage Alzheimer's and related dementias: the GREAT RCT. *Health Technol Assess*. Março de 2019;23(10):1–242.
83. Ding N, Yao L, Zhang Z, Yang L, Jiang L, Jiang B, et al. Safety criteria for early goal-oriented rehabilitation exercise in patients undergoing mechanical ventilation in intensive care unit: a systematic review. *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*. Janeiro de 2019;31(1):91–7.

Referências Bibliográficas

84. Rosenzweig EB, Abman SH, Adatia I, Beghetti M, Bonnet D, Haworth S, et al. Paediatric pulmonary arterial hypertension: updates on definition, classification, diagnostics and management. *Eur Respir J*. Janeiro de 2019;53(1).
85. Spahn DR, Bouillon B, Cerny V, Duranteau J, Filipescu D, Hunt BJ, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition. *Crit Care*. 27 de Março de 2019;23(1):98.
86. Humbert M, Farber HW, Ghofrani H-A, Benza RL, Busse D, Meier C, et al. Risk assessment in pulmonary arterial hypertension and chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *Eur Respir J*. Junho de 2019;53(6).
87. Flick U. An introduction to qualitative research. 4th ed. Los Angeles: Sage Publications; 2009. 504 p.
88. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. Junho de 2005;39(3):507–14.
89. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
90. McPhail SM. Multimorbidity in chronic disease: impact on health care resources and costs. *Risk Manag Healthc Policy*. 5 de Julho de 2016;9:143–56.
91. Schoen C, Osborn R. 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2010/nov/2010-commonwealth-fund-international-health-policy-survey>
92. Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of Care Matters. *BMJ*. 2008;337.
93. NICE. Multimorbidity: Clinical Assessment and Management (NG56) [Internet]. Reino Unido; 2016. Disponível em: [nice.org.uk/guidance/ng56](https://www.nice.org.uk/guidance/ng56)

Referências Bibliográficas

94. Navickas R, Petric V-K, Feigl AB, Seychell M. Multimorbidity: What do we know? What should we do? *J Comorb.* 17 de Fevereiro de 2016;6(1):4–11.
95. Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ.* 2 de Maio de 2013;346:f2510.
96. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care—an alternative health outcomes paradigm. *The New England journal of medicine.* 2012;366(9):777–9.
97. Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. *BMC Med Inform Decis Mak.* 8 de Janeiro de 2013;13:6.
98. Waters D, Sierpina VS. Goal-Directed Health Care and the Chronic Pain Patient: A New Vision of the Healing Encounter. 2006;9(4):8.
99. Mesko B, Györffy Z. The Rise of the Empowered Physician in the Digital Health Era: Viewpoint. *J Med Internet Res [Internet].* 26 de Março de 2019;21(3). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6454334/>
100. Ahmadvand A, Gatchel R, Brownstein J, Nissen L. The Biopsychosocial-Digital Approach to Health and Disease: Call for a Paradigm Expansion. *J Med Internet Res [Internet].* 18 de Maio de 2018;20(5). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5984274/>
101. Bodenheimer T, MacGregor K, Sharifi C, California HealthCare Foundation. Helping patients manage their chronic conditions. Oakland, Calif.: California HealthCare Foundation; 2005.
102. Christiansen S, Oettingen G, Dahme B, Klinger R. A short goal-pursuit intervention to improve physical capacity: a randomized clinical trial in chronic back pain patients. *Pain.* Junho de 2010;149(3):444–52.
103. Levin-Zamir D, Bertschi I. Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context. *Int J Environ Res Public Health [Internet].* Agosto de 2018;15(8). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6121358/>

Referências Bibliográficas

104. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 25 de Janeiro de 2012;12:80.
105. Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int*. Setembro de 2001;16(3):289–97.
106. Fortin M, Haggerty J, Almirall J, Bouhali T, Sasseville M, Lemieux M. Lifestyle factors and multimorbidity: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 5 de Julho de 2014;14:686.
107. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. Guilford Press; 2012. 497 p.
108. Barwick MA, Bennett LM, Johnson SN, McGowan J, Moore JE. Training health and mental health professionals in motivational interviewing: A systematic review. *Children and Youth Services Review*. 1 de Setembro de 2012;34(9):1786–95.
109. de Roten Y, Zimmermann G, Ortega D, Despland J-N. Meta-analysis of the effects of MI training on clinicians' behavior. *J Subst Abuse Treat*. Agosto de 2013;45(2):155–62.
110. Moyers TB, Manuel JK, Wilson PG, Hendrickson SML, Talcott W, Durand P. A Randomized Trial Investigating Training in Motivational Interviewing for Behavioral Health Providers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2007/11/22. 2008;36(2):149–62.
111. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. Novembro de 2013;93(2):157–68.
112. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:91–111.
113. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a

- systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 1 de Abril de 2005;55(513):305–12.
114. Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice.* 1 de Março de 2010;20(2):137–60.
115. VanBuskirk KA, Wetherell JL. Motivational Interviewing Used in Primary Care A Systematic Review and Meta-analysis. *J Behav Med.* Agosto de 2014;37(4):768–80.
116. Easthall C, Song F, Bhattacharya D. A meta-analysis of cognitive-based behaviour change techniques as interventions to improve medication adherence. *BMJ Open* [Internet]. 8 de Agosto de 2013;3(8). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3740257/>
117. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 15 de Março de 2016;2016(3). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6703144/>
118. Wang HH, Wang JJ, Wong SY, Wong MC, Li FJ, Wang PX, et al. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC Med* [Internet]. 23 de Outubro de 2014;12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4212117/>
119. Bayliss EA, Bosworth HB, Noel PH, Wolff JL, Damush TM, Mciver L. Supporting self-management for patients with complex medical needs: recommendations of a working group. *Chronic Illn.* Junho de 2007;3(2):167–75.
120. Preparing a healthcare workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions. *Chronic Illn.* Junho de 2005;1(2):99–100.
121. Lawless MT, Marshall A, Mittinty MM, Harvey G. What does integrated care mean from an older person's perspective? A scoping review. *BMJ Open.* 1 de

Referências Bibliográficas

- Janeiro de 2020;10(1):e035157.
122. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 11 de Novembro de 2002;162(20):2269–76.
 123. WONCA Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine [Internet]. 2011. Disponível em: https://sagam.at/system/files/attachments/european_definition_3rd_ed_2011_with_revised_wonca_tree.pdf
 124. Sutter AD, Maeseneer JD, Boeckxstaens P. Empowering patients to determine their own health goals. *European Journal of General Practice*. 1 de Junho de 2013;19(2):75–6.
 125. Kruse RL, Olsberg JE, Oliver DP, Shigaki CL, Vetter-Smith MJ, LeMaster JW. Patient-provider communication about diabetes self-care activities. *Fam Med*. Maio de 2013;45(5):319–22.
 126. HealthIT.gov. Basics of Health IT [Internet]. Health IT and Health Information Exchange Basics. Disponível em: <https://www.healthit.gov/topic/health-it-and-health-information-exchange-basics/health-it-and-health-information-exchange>
 127. Hemmat M, Ayatollahi H, Maleki MR, Saghafi F. Future Research in Health Information Technology: A Review. *Perspect Health Inf Manag*. 1 de Janeiro de 2017;14(Winter).
 128. Sayles NB, Association AHIM, Gordon LL. *Health Information Management Technology: An Applied Approach*. Edição: 5th ed. Chicago, Illinois: American Health Information Management Association; 2016. 686 p.
 129. Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC). *Federal Health IT Strategic Plan 2015-2020*. :50.
 130. *Essential Health Technologies* [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. Disponível em: <http://www.who.int/eh>

Referências Bibliográficas

131. Vodopivec-Jamsek V, de Jongh T, Gurol-Urganci I, Atun R, Car J. Mobile phone messaging for preventive health care. *Cochrane Database Syst Rev*. 12 de Dezembro de 2012;12:CD007457.
132. Gurol-Urganci I, de Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Car J, Atun R. Mobile phone messaging for communicating results of medical investigations. *Cochrane Database Syst Rev*. 13 de Junho de 2012;(6):CD007456.
133. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 10 de Abril de 2016;4:CD006611.
134. Miriovsky BJ, Shulman LN, Abernethy AP. Importance of health information technology, electronic health records, and continuously aggregating data to comparative effectiveness research and learning health care. *J Clin Oncol*. 1 de Dezembro de 2012;30(34):4243–8.
135. Rodgers A. Do u smoke after txt? Results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging. *Tobacco Control*. 1 de Agosto de 2005;14(4):255–61.
136. Buntin MB, Burke MF, Hoaglin MC, Blumenthal D. The benefits of health information technology: a review of the recent literature shows predominantly positive results. *Health Aff (Millwood)*. Março de 2011;30(3):464–71.
137. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med*. 16 de Maio de 2006;144(10):742–52.
138. Ehrenfeld JM, Cannesson M, editores. *Monitoring Technologies in Acute Care Environments - A Comprehensive Guide to Patient Monitoring Technology*. New York: Springer; 2013.
139. Hsu WC, Lau KHK, Huang R, Ghiloni S, Le H, Gilroy S, et al. Utilization of a Cloud-Based Diabetes Management Program for Insulin Initiation and Titration Enables Collaborative Decision Making Between Healthcare Providers and

- Patients. *Diabetes Technol Ther*. 1 de Fevereiro de 2016;18(2):59–67.
140. Rabbi M, Pfammatter A, Zhang M, Spring B, Choudhury T. Automated Personalized Feedback for Physical Activity and Dietary Behavior Change With Mobile Phones: A Randomized Controlled Trial on Adults. *JMIR Mhealth Uhealth*. 14 de Maio de 2015;3(2).
141. Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R, et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. *JAMA*. 21 de Novembro de 2007;298(19):2296–304.
142. Degoulet P, Luna D, Quiros F. Clinical Information Systems. Em: *Global Health Informatics*. Academic Press; 2017. p. 129–51.
143. Blum BI, editor. *Information Systems for Patient Care*. New York: Springer-Verlag; 1984.
144. Blum B. *Clinical Information Systems*. New York: Springer-Verlag; 1986.
145. Kuhn KA, Giuse DA, Lapão L, Wurst SHR. Expanding the scope of health information systems - from hospitals to regional networks, to national infrastructures, and beyond. *Methods Inf Med*. 2007;46(4):500–2.
146. Blum BI. Clinical information systems--a review. *West J Med*. Dezembro de 1986;145(6):791–7.
147. Hersh WR. Adding value to the electronic health record through secondary use of data for quality assurance, research, and surveillance. *Am J Manag Care*. Junho de 2007;13(6 Part 1):277–8.
148. Cresswell KM, Bates DW, Sheikh A. Ten key considerations for the successful optimization of large-scale health information technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 23 de Abril de 2016;24(1):182–7.
149. WHO. WHO Collaborating Centres for Patient Safety [Internet]. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/partnerships/WCCNGO/en/>
150. Joint Commision, Joint Commision International. WHO Collaborating Center for

Referências Bibliográficas

- Patient Safety's nine life-saving Patient Safety Solutions. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* Julho de 2007;33(7):427–62.
151. World Alliance for Patient Safety, World Health Organization, Department of Health System Policies and Operations. Global patient safety challenge, 2005-2006: clean care is safer care. Geneva: World Health Organization; 2005.
 152. Sadoughi F, Nasiri S, Ahmadi H. The impact of health information exchange on healthcare quality and cost-effectiveness: A systematic literature review. *Computer Methods and Programs in Biomedicine.* 1 de Julho de 2018;161:209–32.
 153. Walker J, Pan E, Johnston D, Adler-Milstein J, Bates DW, Middleton B. The value of health care information exchange and interoperability. *Health Aff (Millwood).* Junho de 2005;Suppl Web Exclusives:W5-10-W5-18.
 154. Heathfield HA, Peel V, Hudson P, Kay S, Mackay L, Marley T, et al. Evaluating large scale health information systems: from practice towards theory. *Proc AMIA Annu Fall Symp.* 1997;116–20.
 155. Dixon BE, Zafar A, Overhage JM. A Framework for evaluating the costs, effort, and value of nationwide health information exchange. *J Am Med Inform Assoc.* 2010;17(3):295–301.
 156. Heisey-Grove D, Patel V, Searcy T. Physician electronic exchange of patient health information, 2014. :7.
 157. Ohno-Machado L. Electronic health records and health information exchange. *Journal of the American Medical Informatics Association.* 1 de Junho de 2018;25(6):617–617.
 158. Vest JR. Health information exchange: national and international approaches. *Adv Health Care Manag.* 2012;12:3–24.
 159. Vest JR, Kern LM, Champion TR, Silver MD, Kaushal R. Association between use of a health information exchange system and hospital admissions. *Appl Clin Inform.* 2014;05(01):219–31.

Referências Bibliográficas

160. Bennett P, Hardiker NR. The use of computerized clinical decision support systems in emergency care: a substantive review of the literature. *J Am Med Inform Assoc.* 1 de Maio de 2017;24(3):655–68.
161. Ohno-Machado L. Focusing on the patient: mHealth, social media, electronic health records, and decision support systems. *J Am Med Inform Assoc.* Dezembro de 2014;21(6):953.
162. Neves CA de S. Qualidade em Saúde: Optimização de Sistemas de Informação [Dissertação de Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica e Biofísica]. [Lisboa]: Departamento de Física da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa; 2011.
163. Garets D, Davis M. Electronic Medical Records vs. Electronic Health Records: Yes, There Is a Difference. Chicago: HIMSS Analytics; 2006.
164. Winter A, Haux R, Ammenwerth E, Brigl B, Hellrung N, Jahn F. Health Information Systems - Architectures and Strategies. 2.^a ed. London: Springer-Verlag London; 2011. 340 p. (Health Informatics).
165. Aanestad M, Grisot M, Hanseth O, Vassilakopoulou P. Information Infrastructures for eHealth. Em: Aanestad M, Grisot M, Hanseth O, Vassilakopoulou P, editores. Information Infrastructures within European Health Care: Working with the Installed Base [Internet]. Cham (CH): Springer; 2017. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543686/>
166. Santos MC dos, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2010;Temático(10):47–57.
167. Lenz R, Reichert M. IT support for healthcare processes - premises, challenges, perspectives [Internet]. Elsevier Science Publishers B. V.; 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.datak.2006.04.007>
168. Grando MA, Glasspool D, Fox J. A formal approach to the analysis of clinical computer-interpretable guideline modeling languages. *Artificial Intelligence in*

- Medicine. 1 de Janeiro de 2012;54(1):1–13.
169. Lind DM. Contextual Understanding of Information Systems – Characteristics of Process Oriented Information Systems. :10.
170. Malamateniou F, Vassilacopoulos G. Developing a virtual patient record using XML and web-based workflow technologies. *International Journal of Medical Informatics*. Julho de 2003;70(2–3):131–9.
171. Shih H, Tseng M. Workflow technology-based monitoring and control for business process and project management. *International Journal of Project Management*. 1996;14(6):373–8.
172. Teije AT, Miksch S, Lucas P. *Computer-based Medical Guidelines and Protocols: A Primer and Current Trends*. IOS Press; 2008. 300 p.
173. Wu J-H, Chen Y-C, Greenes RA. Healthcare technology management competency and its impacts on IT-healthcare partnerships development. *Int J Med Inform*. Fevereiro de 2009;78(2):71–82.
174. WHO. eHealth [Internet]. Disponível em: <https://www.who.int/ehealth/en/>
175. Bates DW, Bitton A. The future of health information technology in the patient-centered medical home. *Health Aff (Millwood)*. Abril de 2010;29(4):614–21.
176. Or CKL, Karsh B-T. A systematic review of patient acceptance of consumer health information technology. *J Am Med Inform Assoc*. Agosto de 2009;16(4):550–60.
177. Heynsbergh N, Botti M, Heckel L, Livingston PM. Caring for the person with cancer: Information and support needs and the role of technology. *Psychooncology*. Junho de 2018;27(6):1650–5.
178. Pearson-Stuttard J, Ezzati M, Gregg EW. Multimorbidity-a defining challenge for health systems. *Lancet Public Health*. Dezembro de 2019;4(12):e599–600.
179. Chiolero A, Rodondi N, Santschi V. High-value, data-informed, and team-based care for multimorbidity. *Lancet Public Health*. Fevereiro de 2020;5(2):e84.

Referências Bibliográficas

180. Brewer LC, Fortuna KL, Jones C, Walker R, Hayes SN, Patten CA, et al. Back to the Future: Achieving Health Equity Through Health Informatics and Digital Health. *JMIR Mhealth Uhealth*. 14 de Janeiro de 2020;8(1):e14512.
181. Pope C, Mays N. Métodos Qualitativos na pesquisa em saúde. Em: Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 11–21.
182. Dias S, Gama A. Introdução à Investigação Qualitativa em Saúde Pública. I. Almedina, S.A.; 2019. 178 p.
183. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences, Revisited. Em: *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. 5ª Edição. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2018. p. 97–118.
184. Creswell JW. Five Qualitative Approaches to Inquiry. Em: *Qualitative Inquiry and Research Design: choosing among five traditions*. 4ª edição. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2018. p. 65–81.
185. Moustakas C. *Phenomenological Research Methods*. SAGE Publications; 1994.
186. van Manen M. *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Albany: State University of New York Press; 1990.
187. Creswell JW, Creswell JD. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 5ª Edição. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications;
188. Given LM. *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2008.
189. Salazar LF, Crosby RA, DiClemente RJ, Mijares A, editores. *Qualitative Research Strategies and Methods for Health Promotion*. Em: *Research Methods in Health Promotion*. 2ª edição. Jossey-Bass & Pfeiffer Imprints, Wiley; 2015.
190. Morgan DL. Focus Group Interviewing. Em: *Handbook of Interview Research* [Internet]. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States of America: SAGE Publications, Inc.; 2001. p. 141–59. Disponível em: <http://methods.sagepub.com/book/handbook-of-interview-research/d10.xml>

Referências Bibliográficas

191. Dias S, Gama A. The potential of focus groups in health research: A study on immigrants' access to and utilization of health services. Em: *Advances in Health and Disease*. Duncan, L. T. New York: Nova Science Publishers, Inc; 2018. p. 1–32.
192. Maccarthy J, Guerin S, Wilson AG, Dorris ER. Facilitating public and patient involvement in basic and preclinical health research. *PLoS One* [Internet]. 14 de Maio de 2019;14(5). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6516642/>
193. Richards T, Snow R, Schroter S. Co-creating health: more than a dream. *BMJ*. 15 de Setembro de 2016;354:i4550.
194. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, Garattini S, Grant J, Gülmezoglu AM, et al. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *Lancet*. 11 de Janeiro de 2014;383(9912):156–65.
195. Chu LF, Utengen A, Kadry B, Kucharski SE, Campos H, Crockett J, et al. «Nothing about us without us»-patient partnership in medical conferences. *BMJ*. 14 de Setembro de 2016;354:i3883.
196. Polkinghorne DE. Phenomenological research methods. Em: *Existential-phenomenological perspectives in psychology: Exploring the breadth of human experience*. New York, NY, US: Plenum Press; 1989. p. 41–60.
197. Hancock B, Ockleford E, Windridge K. *An Introduction to Qualitative Research*. Qualitative Research. 2009;
198. Guest G, Namey EE. *Public Health Research Methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.; 2015.
199. Jenks CJ. *Transcribing Talk and Interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company; 2011.
200. Azevedo V, Carvalho M, Costa FF, Mesquita S, Soares J, Teixeira F, et al. Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. *Rev Enf Ref*. Setembro de 2017;serIV(14):159–68.

Referências Bibliográficas

201. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.
202. Berelson B. *Content analysis in communication research*. New York, NY, US: Free Press; 1952. 220 p. (Content analysis in communication research).
203. Giacomini MK, Cook DJ. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*. 19 de Julho de 2000;284(3):357–62.
204. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 11 de Agosto de 2001;358(9280):483–8.
205. Lincoln YS, Guba EG. Establishing Trustworthiness. Em: *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: SAGE Publications; 1985. p. 289–327.
206. Holsti OR. *Content Analysis for the Social Sciences and Humanities*. Addison-Wesley Pub. Co.; 1969. 235 p.
207. Ghiglione R, Matalon B. *O Inquérito*. Oeiras: Celta Editora; 1992.
208. Mundial AM. *Declaração de Helsínquia: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. Seul; 2008 Out.
209. Angeloni MT. Elementos intervenientes na tomada de decisão. *Ci Inf*. Abril de 2003;32(1):17–22.
210. Kruse CS, Marquez G, Nelson D, Palomares O. The Use of Health Information Exchange to Augment Patient Handoff in Long-Term Care: A Systematic Review. *Appl Clin Inform*. Outubro de 2018;9(4):752–71.
211. Hess CT. The Free Exchange of Health Information: Preventing Information Blocking. *Adv Skin Wound Care*. Agosto de 2018;31(8):383–4.
212. Enrico Coiera. Per un'informativa medica basata sulle prove. *Recenti Progressi in Medicina* [Internet]. 1 de Março de 2016;(2016Marzo). Disponível em: <http://doi.org/10.1701/2182.23600>
213. Scalise D. Clinical communication and patient safety. *Hosp Health Netw*. Agosto

- de 2006;80(8):49–54, 2.
214. Bensing JM, Verhaak PFM. Communication in medical encounters. Em: Health psychology [Internet]. Oxford: Blackwell Publishing; 2004. p. 261–87. Disponível em: <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/publicat%3A1980>
 215. Woods MS. The DUN Factor: How Communication Complicates the Patient Safety Movement [Internet]. 2006. Disponível em: <https://www.psqh.com/mayjun06/dun.html>
 216. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR. The challenge of patient adherence. Ther Clin Risk Manag. Setembro de 2005;1(3):189–99.
 217. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic Error in Internal Medicine. Archives of Internal Medicine. 11 de Julho de 2005;165(13):1493–9.
 218. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. Prim Care Companion CNS Disord [Internet]. 22 de Outubro de 2015;17(5). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4732308/>
 219. de Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. Patient Education and Counseling. 1 de Março de 2009;74(3):287–94.
 220. de Waard CS, Poot AJ, den Elzen WPJ, Wind AW, Caljouw MAA, Gussekloo J. Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes. Scand J Prim Health Care. 12 de Abril de 2018;36(2):189–97.
 221. Pellegrini CA. Trust: The Keystone of the Patient-Physician Relationship. J Am Coll Surg. 2017;224(2):95–102.
 222. Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Adherence is associated with the quality of professional–patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. Patient Education and Counseling. 1 de Outubro de 2006;63(1):29–37.

Referências Bibliográficas

223. Park K-O, Park S-H, Yu M. Physicians' Experience of Communication with Nurses related to Patient Safety: A Phenomenological Study Using the Colaizzi Method. *Asian Nursing Research*. 1 de Setembro de 2018;12(3):166–74.
224. Manning ML. Improving clinical communication through structured conversation. *Nurs Econ*. Outubro de 2006;24(5):268–71.
225. Valderas JM, Gangannagaripalli J, Nolte E, Boyd CM, Roland M, Sarria-Santamera A, et al. Quality of care assessment for people with multimorbidity. *Journal of Internal Medicine*. 2019;285(3):289–300.
226. Duguay C, Gallagher F, Fortin M. The experience of adults with multimorbidity: a qualitative study. *J Comorb*. 28 de Maio de 2014;4:11–21.
227. The Commonwealth Fund. The Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries [Internet]. 2010. Disponível em: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_chartbook_2010_pdf_2010_ihp_survey_chartpack_full_12022010.pdf
228. De Carvalho EC. Contribuição da Classificação dos Resultados de Enfermagem na Assistência. *ACS*. 6 de Abril de 2017;24(1):1.
229. Ubalde-Lopez M, Delclos GL, Benavides FG, Calvo-Bonacho E, Gimeno D. The effect of multimorbidity on sickness absence by specific diagnoses. *Occupational Medicine*. 5 de Agosto de 2016;67(2):93–100.
230. van der Zee-Neuen A, Putrik P, Ramiro S, Keszei A, de Bie R, Chorus A, et al. Work outcome in persons with musculoskeletal diseases: comparison with other chronic diseases & the role of musculoskeletal diseases in multimorbidity. *BMC Musculoskelet Disord*. 10 de Janeiro de 2017;18(1):10.
231. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 11 de Agosto de 2009;339:b2803.
232. Boyd CM, Fortin M. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health*

- Rev. 1 de Dezembro de 2010;32(2):451–74.
233. Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF. Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *Ann Fam Med*. Outubro de 2007;5(5):395–402.
 234. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med*. Junho de 2003;1(1):15–21.
 235. Morris RL, Sanders C, Kennedy AP, Rogers A. Shifting priorities in multimorbidity: a longitudinal qualitative study of patient’s prioritization of multiple conditions. *Chronic Illness*. 22 de Fevereiro de 2011;7(2):147–61.
 236. Registered Nurses Association of Ontario. Establishing Therapeutic Relationships. Registered Nurses Association of Ontario [Internet]. 2002; Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Od1R-GdIVTsJ:https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Establishing_Therapeutic_Relationships.pdf+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=safari
 237. WHO collaborating centre for patient safety solutions. The nine Patient Safety Solutions [Internet]. 2007. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/
 238. McLaughlin BK. Identifying methods to communicate with patients and enhance patient satisfaction to improve return on investment. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*. 1 de Outubro de 2009;2(4):427–41.
 239. Honavar SG. Patient–physician relationship – Communication is the key. *Indian J Ophthalmol*. Novembro de 2018;66(11):1527–8.
 240. Rajasoorya C. Credat Emptor - The Sacrosanct Doctor-Patient Relationship. *Ann Acad Med Singap*. Agosto de 2018;47(8):275–7.
 241. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. Fevereiro de 2007;5(1):57–65.

Referências Bibliográficas

242. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum Resour Health*. 28 de Setembro de 2013;11:48.
243. Mulero A. Bureaucracy tops causes of burnout among physicians [Internet]. *Healthcare Dive*. 2016. Disponível em: <https://www.healthcaredive.com/news/bureaucracy-tops-causes-of-burnout-among-physicians/412227/>
244. Mesko B. Health IT and digital health: The future of health technology is diverse. *J Clin Transl Res*. 8 de Setembro de 2018;3(Suppl 3):431–4.
245. Lejeune C. Manual de Análise Qualitativa: Analisar sem contar nem classificar. Lisboa: Edições Piaget; 2011. (Epistemologia e Sociedade).
246. Price M, Lau F. The clinical adoption meta-model: a temporal meta-model describing the clinical adoption of health information systems. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 29 de Maio de 2014;14(1):43.
247. Mäenpää T, Asikainen P, Suominen T. Views of patient, healthcare professionals and administrative staff on flow of information and collaboration in a regional health information exchange: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. Dezembro de 2017;31(4):939–47.
248. Hersh WR, Totten AM, Eden KB, Devine B, Gorman P, Kassakian SZ, et al. Outcomes From Health Information Exchange: Systematic Review and Future Research Needs. *JMIR Med Inform*. 15 de Dezembro de 2015;3(4):e39.
249. Rudin RS, Motala A, Goldzweig CL, Shekelle PG. Usage and effect of health information exchange: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2 de Dezembro de 2014;161(11):803–11.
250. Rosenstein AH, O'Daniel M. A Survey of the Impact of Disruptive Behaviors and Communication Defects on Patient Safety. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 1 de Agosto de 2008;34(8):464–71.
251. Holmgren AJ, Pfeifer E, Manojlovich M, Adler-Milstein J. A Novel Survey to

- Examine the Relationship Between Health IT Adoption and Nurse-Physician Communication. *Appl Clin Inform.* 21 de Dezembro de 2016;7(4):1182–201.
252. Keenan G, Yakel E, Dunn Lopez K, Tschannen D, Ford YB. Challenges to nurses' efforts of retrieving, documenting, and communicating patient care information. *J Am Med Inform Assoc.* Abril de 2013;20(2):245–51.
253. Lusa. Falhas informáticas sucessivas no SNS continuam por resolver [Internet]. RTP Notícias. 2018. Disponível em: https://www.rtp.pt/noticias/pais/falhas-informaticas-sucessivas-no-sns-continuum-por-resolver_n1113416
254. Arford PH. Nurse-physician communication: an organizational accountability. *Nurs Econ.* Abril de 2005;23(2):72–7, 55.
255. Nowinski CJ, Becker SM, Reynolds KS, Beaumont JL, Caprini CA, Hahn EA, et al. The impact of converting to an electronic health record on organizational culture and quality improvement. *International Journal of Medical Informatics.* Junho de 2007;76:S174–83.
256. McDonald CJ, Overhage JM. Guidelines you can follow and can trust. An ideal and an example. *JAMA.* 16 de Março de 1994;271(11):872–3.
257. Schadow G, Russler DC, McDonald CJ. Conceptual alignment of electronic health record data with guideline and workflow knowledge. *International Journal of Medical Informatics.* 1 de Dezembro de 2001;64(2):259–74.
258. Eccles M, Steen N, Grimshaw J, Thomas L, McNamee P, Soutter J, et al. Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary-care radiology referrals: a randomised trial. *Lancet.* 5 de Maio de 2001;357(9266):1406–9.
259. Coulter A, Locock L, Ziebland S, Calabrese J. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ.* 26 de Março de 2014;348:2225.
260. Reuben DB. Better care for older people with chronic diseases: an emerging vision. *JAMA.* 12 de Dezembro de 2007;298(22):2673–4.

Referências Bibliográficas

261. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care—an alternative health outcomes paradigm. *The New England journal of medicine*. 2012;366(9):777–9.
262. Vermunt NP, Harmsen M, Elwyn G, Westert GP, Burgers JS, Olde Rikkert MG, et al. A three-goal model for patients with multimorbidity: A qualitative approach. *Health Expect*. Abril de 2018;21(2):528–38.
263. Cornetta K, Brown CG. Balancing personalized medicine and personalized care. *Acad Med*. Março de 2013;88(3):309–13.
264. Lown BA, Rosen J, Marttila J. An agenda for improving compassionate care: a survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Aff (Millwood)*. Setembro de 2011;30(9):1772–8.
265. Ziegelstein RC. Perspectives in Primary Care: Knowing the Patient as a Person in the Precision Medicine Era. *Ann Fam Med*. Janeiro de 2018;16(1):4–5.
266. Collins FS, Varmus H. A New Initiative on Precision Medicine. *New England Journal of Medicine*. 26 de Fevereiro de 2015;372(9):793–5.
267. Pereira MJL de B. Faces da decisão: as mudanças de paradigmas e o poder da decisão. São Paulo: Makron Books; 1997.
268. Davenport TH. Ecologia da Informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação [Internet]. São Paulo: Futura; 1998. Disponível em: <http://pubsonline.informs.org/doi/10.1287/8943f842-86f8-4d42-9a64-9a7cd07b31f5/abs/>
269. Adams D. Unmet expectations: Doctors, patients give each other mixed reviews [Internet]. *American Medical News*. 2007. Disponível em: <https://amednews.com/article/20070129/profession/301299967/2/>
270. National Clinical Guideline Centre (UK). Patient Experience in Adult NHS Services: Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Services: Patient Experience in Generic Terms [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK); 2012. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK115230/>

Referências Bibliográficas

271. Hanyok LA, Hellmann DB, Rand C, Ziegelstein RC. Practicing patient-centered care: the questions clinically excellent physicians use to get to know their patients as individuals. *Patient*. 2012;5(3):141–5.
272. McKenzie KJ, Pierce D, Gunn JM. A systematic review of motivational interviewing in healthcare: the potential of motivational interviewing to address the lifestyle factors relevant to multimorbidity. *J Comorb*. 28 de Dezembro de 2015;5:162–74.
273. Oettingen G, Gollwitzer PM. Strategies of Setting and Implementing Goals: Mental Contrasting and Implementation Intentions. Em: Maddux JE, Tangney J, editores. *Social psychological foundations of clinical psychology*. New York: Guilford; 2010. p. 114–35.
274. Hall AK, Stellefson M, Bernhardt JM. Healthy Aging 2.0: the potential of new media and technology. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E67.
275. Martin T. Assessing mHealth: opportunities and barriers to patient engagement. *J Health Care Poor Underserved*. Agosto de 2012;23(3):935–41.
276. DuBenske LL, Gustafson DH, Namkoong K, Hawkins RP, Atwood AK, Brown RL, et al. CHES Improves Cancer Caregivers' Burden and Mood: Results of an eHealth RCT. *Health Psychol*. Outubro de 2014;33(10):1261–72.
277. Nick EA, Cole DA, Cho S-J, Smith DK, Carter TG, Zelkowitz R. The Online Social Support Scale: Measure Development and Validation. *Psychol Assess*. Setembro de 2018;30(9):1127–43.
278. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*. Setembro de 1985;98(2):310–57.
279. Coughlin SS, Hardy D, Caplan LS. The need for culturally-tailored smartphone applications for weight control. *J Ga Public Health Assoc*. 2016;5(3):228–32.
280. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Schinckus L, Schwarz P, Doyle G, Pelikan J, et al. The impact of health literacy on diabetes self-management education. *Health Education Journal*. 22 de Janeiro de 2018;77(3):349–62.

Referências Bibliográficas

281. Kieschnick T, Raymond B. Can health IT promote health equity and patient-centered care? Em: Health IT roundtable background paper. Oakland, CA: Kaiser Permanente Institute for Health Policy; 2011.
282. Bernhardt JM. Health education and the digital divide: building bridges and filling chasms. *Health Educ Res.* Outubro de 2000;15(5):527–31.
283. Anderson G, Horvath J. Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care. Partnership for Solutions; 2002. 46 p.
284. Czaja SJ, Sharit J, Lee CC, Nair SN, Hernández MA, Arana N, et al. Factors influencing use of an e-health website in a community sample of older adults. *J Am Med Inform Assoc.* Abril de 2013;20(2):277–84.
285. Jimison H, Gorman P, Woods S, Nygren P, Walker M, Norris S, et al. Barriers and drivers of health information technology use for the elderly, chronically ill, and underserved. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* Novembro de 2008;(175):1–1422.
286. Hall AK, Bernhardt JM, Dodd V, Vollrath MW. The Digital Health Divide: Evaluating Online Health Information Access and Use Among Older Adults. *Health Educ Behav.* Abril de 2015;42(2):202–9.
287. Kravitz RL, Feldman MD. Reinventing Primary Care: Embracing Change, Preserving Relationships. *J Gen Intern Med.* Abril de 2017;32(4):369–70.
288. Cresswell K, Coleman J, Slee A, Morrison Z, Sheikh A. A toolkit to support the implementation of electronic prescribing systems into UK hospitals: preliminary recommendations. *J R Soc Med.* Janeiro de 2014;107(1):8–13.
289. Roberto KA, Gigliotti CM, Husser EK. Older Women's Experiences with Multiple Health Conditions: Daily Challenges and Care Practices. *Health Care for Women International.* 1 de Setembro de 2005;26(8):672–92.
290. Townsend A, Wyke S, Hunt K. Self-managing and managing self: practical and moral dilemmas in accounts of living with chronic illness. *Chronic Illn.* Setembro de 2006;2(3):185–94.

Referências Bibliográficas

291. Fortin M. Psychological Distress and Multimorbidity in Primary Care. *The Annals of Family Medicine*. 1 de Setembro de 2006;4(5):417–22.
292. Ng PC, Murray SS, Levy S, Venter JC. An agenda for personalized medicine. *Nature*. 1 de Outubro de 2009;461(7265):724–6.
293. Hamburg MA, Collins FS. The Path to Personalized Medicine. *New England Journal of Medicine*. 22 de Julho de 2010;363(4):301–4.
294. Kaptein M. Personalization in biomedical-informatics: Methodological considerations and recommendations. *Journal of Biomedical Informatics*. 1 de Fevereiro de 2019;90:103088.
295. Huang Z, Ge Z, Dong W, He K, Duan H. Probabilistic modeling personalized treatment pathways using electronic health records. *Journal of Biomedical Informatics*. 1 de Outubro de 2018;86:33–48.

7. Anexos

Anexo 1 – Guião de Entrevista para o Profissional de Saúde

INTRODUÇÃO

Local: _____ Entrevistador: _____ Data: _____

Início da Entrevista: _____ (hh:mm) Fim da Entrevista: _____ (hh:mm)

CARACTERÍSTICAS DO PARTICIPANTE

Idade: _____ Tempo de Formação: _____

Há quanto tempo trabalha na USF Jardim dos Plátanos? _____ anos/meses

Há quanto tempo trabalha com pacientes com multimorbilidade? _____ anos/meses

INÍCIO

1. **Apresentação** (nome, profissão)
2. Agradecimento pela presença
3. **Objetivo da entrevista** (conhecer a percepção dos profissionais de saúde da USF Jardim dos Plátanos acerca da utilização do SI atual e da adoção do Modelo do GOC em pacientes com multimorbilidade e recolher potenciais informações para a criação de um SI, integrado no Modelo GOC)
4. **Modelo da entrevista** (semiestruturada com liberdade de resposta)
5. Consentimento Informado (ler e assinar)
6. **Confidencialidade** (respostas confidenciais e sem identificação)
7. Autorização para Gravar

TÓPICOS E QUESTÕES

Experiência em Geral

1. Como é feito o tratamento dos pacientes crónicos?
2. Como se sente a trabalhar hoje com pacientes crónicos?
3. Como se sente com o uso de novas tecnologias?

Descrever os problemas encontrados na utilização do sistema de informação atual

1. Quais as dificuldades que encontra no controlo de pacientes crónicos com multimorbilidade?
2. O que propunha para resolver estas dificuldades?

Avaliar a familiaridade com o modelo do GOC

A prática clínica centrada na doença e guiada apenas pelos objectivos dos guidelines é demasiado complicada quando se trata do acompanhamento e tratamento de pacientes crónicos com multimorbilidade. Com o objetivo de melhorar o cuidado desses pacientes, surgiu o *Goal Oriented Care*, no qual o paciente estabelece objectivos para sua vida, ajudado por seu médico.

1. Conhece o *Goal Oriented Care*? Pode descrevê-lo?
2. Usa o método no acompanhamento dos pacientes crónicos?
3. Qual é a sua opinião acerca deste modelo de orientação para a prestação de cuidados diários a pacientes com multimorbilidade?

Explorar os fatores facilitadores e/ou barreiras da alteração para o modelo do GOC, pelos profissionais de saúde da USF Jardim dos Plátanos

1. Como é que uma ferramenta de um sistema de informação poderia ajudá-lo e aos seus pacientes no acompanhamento das doenças crónicas?

2. Como é que essa ferramenta poderia melhorar o estabelecimento e a negociação dos objectivos de modo a facilitar o trabalho do médico e, ao mesmo tempo, colaborar para uma melhor aproximação entre médico e paciente?

Verificar quais os requisitos e/ou necessidades para o “novo” sistema

1. Com o Sistema de Informação que utiliza atualmente, seria capaz de utilizar o modelo GOC?
2. Que informação adicional seria necessária?
3. Acha que este SI seria útil?
4. O que propunha melhorar no SI atual para resolver?

Anexo 2 – Guião para o Grupo Focal aos Profissionais de Saúde

INTRODUÇÃO

Local: _____ Moderador: _____ Data: _____

Início do Grupo Focal: _____ (hh:mm) Fim do Grupo Focal: _____ (hh:mm)

INÍCIO

- 1. Apresentação** (nome, profissão)
- 2. Agradecimento** pela presença
- 3. Objetivo do Grupo Focal** (explorar as dificuldades percebidas relativamente à utilização do SI atual e das dificuldades de gestão do tratamento em pacientes com multimorbilidade)
- 4. Abordagem do Grupo Focal** (abordagem exploratória)
- 5. Consentimento Informado** (relembrar que já tinha sido assinado)
- 6. Confidencialidade** (respostas confidenciais e sem identificação)

TÓPICOS E QUESTÕES

Descrever os problemas encontrados na utilização do sistema de informação atual

1. Quais as dificuldades que se encontra no controlo de pacientes crónicos com multimorbilidade?
2. O que propunham para resolver estas dificuldades?

Avaliar a familiaridade com o Modelo do GOC

1. Qual é a opinião acerca do Modelo de GOC para a prestação de cuidados diários a pacientes com multimorbilidade?

Explorar os fatores facilitadores e/ou barreiras da alteração para o modelo do GOC, pelos profissionais de saúde da USF Jardim dos Plátanos

1. Como é que uma ferramenta de um SI poderia ajudá-los e aos seus pacientes no acompanhamento das doenças crónicas?
2. Como é que essa ferramenta poderia melhorar o estabelecimento e a negociação dos objectivos de modo a facilitar o trabalho do médico e, ao mesmo tempo, colaborar para uma melhor aproximação entre médico e paciente?

Verificar quais os requisitos e/ou necessidades para o “novo” sistema

1. Que informação adicional seria necessária?
2. O que propunham melhorar no SI atual?

Anexo 3 – Formulário de Consentimento Informado para o Profissional de Saúde

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA Nº 015/2013 DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

INFORMAÇÃO

ESTUDO

“Improving the Interaction between Primary Healthcare Physicians and Chronic Patients: Combining Human Resources for Health Management and Information Systems to increase therapeutics’ adhesion and Physicians’ performance”

“Melhoria da Interação entre os Médicos de Família dos Cuidados de Saúde Primários e os Pacientes com Doenças Crônicas: combinação de Recursos Humanos para a Gestão da Saúde e Sistemas de Informação de forma a aumentar a adesão terapêutica e o desempenho dos Médicos”

OBJETIVO

Está a ser convidado para participar neste estudo por trabalhar numa Unidade de Saúde Familiar como Médico de Medicina Geral e Familiar, prestando atendimento regular a doentes crónicos com multimorbilidade.

Se concordar, fará parte de uma equipa que reflete sobre os problemas existentes no atendimento aos pacientes crónicos com multimorbilidade, segundo as prerrogativas do Goal Oriented Care, com o objetivo de desenvolver uma ferramenta de sistema de informação que os auxilie no acompanhamento desses doentes.

PROCEDIMENTO

Em primeiro lugar realizar-se-á uma entrevista individual, com uma duração máxima de 60 minutos (com gravação de áudio) para esclarecimento sobre o acompanhamento dos doentes crónicos com multimorbilidade e em que medida está alinhado com as prerrogativas do Goal Oriented Care.

Após esse primeiro contacto com a equipa de investigação, esta e os médicos participantes farão um grupo focal com o objetivo de discutir as funcionalidades necessárias para a ferramenta de sistema de informação que será confeccionada.

Portanto, a ferramenta em questão será totalmente pensada por essa equipa, de modo a permitir um melhor acompanhamento dos doentes, com melhor adesão à terapêutica prescrita. Também será realizada gravação em áudio durante os grupos focais. Este sistema de informação será fornecido gratuitamente a si e aos vossos pacientes que aceitarem participar do estudo e assinarem o Consentimento Informado.

Posteriormente, após algum tempo do uso da ferramenta, toda a equipa, médicos e investigadores, realizará uma segunda reunião em formato de grupo focal, com o objetivo de avaliar os resultados percebidos no uso dessa ferramenta de sistema de informação.

Os dados serão analisados pela equipa de investigadores e os resultados serão disseminados numa nova reunião com a equipa médica, trabalhos científicos a serem publicados em revistas ou apresentados em congressos, para além de teses de mestrado e doutoramento.

PARTICIPACÃO VOLUNTÁRIA E LIBERDADE PARA DESISTIR

É totalmente sua a decisão de participar ou não, sem quaisquer prejuízos. Caso decida participar, pode desistir, a qualquer momento, da utilização do sistema de informação para o estabelecimento de objetivos de controlo e monitorização do estado de saúde

dos seus pacientes. Também é importante que saiba que pode desistir até um mês após a data da entrevista de grupo sem qualquer tipo de consequência para si, necessitando apenas entrar em contacto com o investigador principal. Antes de decidir, pode pedir todos os esclarecimentos que considere necessários. A decisão de participar do estudo não implica em favorecimento ou vantagens no seu trabalho como médico, bem como o facto de não participar não trará para si qualquer inconveniente.

RISCOS

Não há riscos relacionados à sua participação neste estudo.

BENEFÍCIOS

A sua participação neste estudo poderá ajudar a melhorar o acompanhamento dos seus pacientes e ajudar na relação médico-paciente.

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em revistas científicas e apresentados em congressos científicos.

CONFIDENCIALIDADE

Todas as informações recolhidas serão tratadas de forma confidencial e anónima: a sua identificação nunca será revelada em nenhum relatório ou publicação.

COMPENSAÇÃO

A participação neste estudo não é remunerada nem exige qualquer pagamento da sua parte.

DECLARAÇÃO

Declaro ter lido e compreendido o presente documento. Tive a oportunidade de esclarecer quaisquer dúvidas sobre este estudo.

Concordo livremente em participar neste estudo, tendo sido informado dos objetivos e procedimentos do mesmo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tenho direito de recusar ou cessar a qualquer momento, antes do início da utilização do sistema de informação para monitorização clínica do estado de saúde dos meus pacientes.

Compreendo que não existem riscos pela participação e nem remuneração económica. Pelo presente documento declaro que aceito de livre vontade participar no estudo.

NOME:

DATA: / /

ASSINATURA:

Ao Entrevistador

Confirmo que expliquei, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão.

Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado todo o respeito pelos seus direitos. Forneci a cópia deste consentimento assinada e datada.

NOME:

DATA: / /

ASSINATURA:

INSTITUIÇÃO: Instituto de Higiene e Medicina Tropical

CONTACTO INSTITUCIONAL: a21001074@ihmt.unl.pt

Este documento é composto por quatro páginas e feito em duplicado: uma via para a pessoa que consente, outra para a investigadora.

Anexo 4 – Categorias de Análise e Citação Ilustrativa

<i>Categoria</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Citação</i>
Experiência Geral	Exigência sentida no tratamento de pacientes com multimorbilidade	<i>“São doentes mais difíceis de estabilizar. Dão mais trabalho, que com uma patologia normal.”</i>
	Orientação terapêutica utilizada em consultas programadas	<i>“Se não houver queixas, é o que está mais descompensado e abordo isso com prioridade.”</i>
	Relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente	<i>“(…) eu acho que quando existe uma boa relação, uma relação de confiança e também de proximidade, e também nisso há outra questão que é os anos que já vamos conhecendo a pessoa. A pessoa já sabe como é que o doente funciona e o doente já sabe como é que eu funciono.”</i>
	Pouco envolvimento por parte do paciente	<i>“Portanto, isso é um grande problema que nós temos. É a pessoa ser responsável pela sua própria saúde. Muitas vezes isto é uma responsabilidade do médico. O médico é que gere, ou terceiros. E este tomar de consciência.”</i>
	Importância da comunicação com o paciente	<i>“(…) a sensação é que nós já falámos disso... Portanto a mensagem não está a chegar! Não é só um problema dele, é um problema essencialmente nosso que não estamos a conseguir (...).”</i>
	Diferença de Agendas entre o profissional de saúde e o paciente	<i>“Por exemplo, um doente hipertenso e diabético, por exemplo. E com colesterol alto, com dislipidemia e excesso de peso, pronto. Vem cá queixar-se porque lhe dói o joelho. Portanto, o motivo da marcação da consulta, para ele, foi a dor de joelho.”</i>
Utilização do SIC atual	Conhecimento e predisposição para a utilização de TIS	<i>“(…) até acho que já existe. Porque há doentes que já vi com aplicações que medem a tensão e registam no telemóvel, ou eventualmente a glicémica, também já vem (...).”</i>
	Benefícios na utilização de TIS para a gestão da terapêutica	<i>“Nós conseguimos falar com o médico, o médico consegue passar via SMS e quando a pessoa chega... Já tem a receita, não é? Portanto, é não andar para trás e para a frente. Portanto, para mim é uma grande mais</i>

Anexos

		valia.”
	Falhas do SIC atual percebidas durante a utilização	“(…) com tantos cliques que nós temos que dar de um lado e de outro, também se calhar prestamos menos atenção ao utente. O tempo que temos com o utente a maior parte é passada a olhar para o computador. Praticamente tira-nos o olhar para o utente.”
	Consequências provocadas na gestão do plano terapêutico	“E em vez de estar tanto tempo a olhar para o computador e a registar tudo no computador, trabalhava melhor a comunicação e passava mais tempo a comunicar, e de forma mais eficaz até, com as pessoas.”
Modelo do GOC	Conhecimento da existência do Modelo do GOC	“Não sei, não sei como é que é o GOC…”
	Utilização atual do Modelo do GOC	“Este modelo é o que nós fazemos, é o conceito que está por base da Medicina Geral e Familiar. Portanto existe, agora como é que nós conseguimos fazer-lo em todas as consultas? Se calhar não.”
	Utilidade na melhoria da gestão do plano terapêutico	“(…) uma ferramenta que nos dissesse o que é que o doente acha que é importante para ele naquela altura, talvez se ajudasse para o doente ver “O que é que eu quero melhorar e o que é para mim, doente, melhorar a qualidade de vida”. Talvez isso ajuda à pessoa ter indicações para que terapêuticas e o que é que melhor para o doente. O que é que o doente espera mais de nós.”
Facilitadores para a adoção do Modelo do GOC	Conhecer o paciente e o seu contexto extra-hospitalar	“(…) realmente a pessoa tende-se a focar muito na doença, mas não é só a questão da doença. É o doente com aquela doença, é um doente que tem família, que se calhar está longe e do ponto de vista social às vezes também é necessário ativar uns certos mecanismos (…)”
	Motivar os pacientes na adesão à terapêutica	“Nem todas as pessoas são ideais, mas às vezes tem que se encontrar aquilo que vai motivar aquela pessoa.”
	Capacitação dos pacientes para autogestão da sua saúde	“(…) dar um certo empowerment ao doente. E mesmo a questão do “Um pinga no nariz não venha logo. Tente ver se tem febre, faz um paracetamol”, porque isso não é desresponsabilizar o médico de todo, isso é envolver a pessoa de uma forma ativa, a cuidar da sua saúde, a proteger-se da doença e perceber os sinais de alarme que

Anexos

		<i>o devem trazer, ou não.”</i>
	Valorização de medições realizadas em ambiente extra-hospitalar	<i>“Até porque, cada vez mais, se percebe que os doentes aqui têm a tensão normalmente muito mais alta no ambiente da consulta do que em casa. Aliás o que nós pedimos é “Como é que está a sua tensão em casa?” eu valorizo mais essa do que aquela que eu agarro aqui.”</i>
<i>Requisitos e Necessidades de um novo SIC</i>	Requisitos de funcionalidades essenciais	<i>“(…) acho que isso com certeza que ajudava, seja do ponto de vista laboratorial ou dos exames já virem, digamos assim, preparados e já virem sinalizadas as alterações, para depois nós otimizarmos e agendarmos também a consulta.”</i>
	Necessidades específicas de software	<i>“Sobretudo, e eu acho que é isto, centrar o processo não no SClinic, nem no programa do hospital, mas no doente.”</i>